



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ROL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS  
POR PRESIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS EN EL HOSPICE SAN CAMILO  
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2017

Trabajo de titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos  
para optar por el título de Licenciada en Enfermería

Profesor Guía

Lcdo. Yaan Manuel Quintana Santiago

Autora

María José Yépez Vizcaíno

Año

2017

## **DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA**

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

---

Yaan Manuel Quintana Santiago

Licenciado en Enfermería

CI: 1756877609

## **DECLARACIÓN PROFESOR CORRECTOR**

“Declaro haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

---

Nelida Fabiola Lasso Andino

Licenciada en Enfermería

CI: 1717728669

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

---

Srta. María José Yépez Vizcaíno

CI: 0401329354

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por sobre todas las cosas porque me infundió de FE durante esta etapa, me llenó de fuerzas en momentos de debilidad, él es mi mayor guía, mi mayor mentor, gracias mí Señor.

A mi mami Aidita y a Jaimito porque vi su esfuerzo, para darme la educación que recibí, sus sabios consejos me impulsaron a ser mejor cada día, les agradezco a ustedes todo.

A mis abuelitos porque son una guía y referente de ser leal a mis principios y me guiaron a culminar mis objetivos.

## **DEDICATORIA**

En primer lugar, a Dios porque su fidelidad siempre ha estado de mi lado, su amor incondicional me impulso a llegar hasta este momento de mi vida.

A mí mami Aidita quien es mi motor y mi más grande ejemplo de amor, esfuerzo y dedicación.

A mí querido Jaimito que me guío en cada momento de mi vida y siempre estará en mi mente todo lo que me enseñó.

A mis abuelitos que me han llenado de sus sabias palabras en todo momento.

A mí querida amiga y líder quien me ha guiado durante la etapa más desafiante de mi vida, me ha enseñado que Dios es FIEL en todo momento y que su amor permanece para siempre.

Gracias a ustedes este momento es posible, Dios los bendiga, les amo.

## RESUMEN

La presente investigación tiene el objetivo de determinar el rol del personal de enfermería en la prevención y cuidado de la piel cuando se realizan cuidados paliativos en el Hospice San Camilo. Para identificar estas actividades se realizó una investigación cualitativa, a través de una guía de observación aplicada durante el primer semestre del 2017, lo que permitió evidenciar las principales deficiencias existentes en el manejo por el personal de enfermería. Entre los resultados obtenidos se verificó que las medidas son vulneradas en un 40% y las infracciones están relacionadas con la falta de atención y precisión del personal en cada caso, así como la falta de inspección del personal de enfermería del área que atiende directamente a los pacientes. Además se determinaron las principales habilidades y medidas que debe realizar el personal de enfermería relacionadas con el cuidado diario de la piel, el mantenimiento de sábanas limpias, las condiciones higiénicas apropiadas, hidratación, masajes, cambios posturales control su estado nutricional entre otros. Por otra parte se categorizaron las principales alteraciones que se producen en la piel por la falta de cuidado, entre ellas: lesiones, tejidos necrotizados, sensibilidad del tejido epidérmico, manifestaciones de eritemas, sepsis, infecciones, entre otras que vulneran la estabilidad y garantía de la salud del paciente y finalmente se propuso un plan de intervención sobre el manejo de cuidados de la piel en pacientes de cuidados paliativos para el paciente, familia y personal de enfermería.

**Palabras clave:** Cuidados de la piel, Cuidados paliativos, heridas, Lesiones, Infecciones.

## **ABSTRACT**

The present research aims to determine the role of nursing staff in the prevention and care of the skin when performing palliative care at Hospice San Camilo. To identify these activities, a qualitative research was carried out, through an observation guide applied during the first semester of 2017, which allowed to highlight the main deficiencies in the management by the nursing staff. The results show that the measures are violated by 40% and the infractions are related to the lack of attention and precision of the personnel in each case, as well as the lack of inspection of the nurses of the area that directly attends the Patients. In addition, the main skills and measures to be performed by nurses related to daily skin care, maintenance of clean sheets, hygienic conditions, hydration, massage, postural changes, and their nutritional status were determined. On the other hand, the main alterations that occur in the skin due to the lack of care, among them: lesions, necrotizing tissues, sensitivity of epidermal tissue, manifestations of erythema, sepsis, infections, among others, The health of the patient and finally an intervention plan on the management of skin care in palliative care patients was proposed for the patient, family and nursing staff.

**Key words:** Skin Care, Palliative care, Wounds, Injuries, Infections.



## ÍNDICE

Introducción.....	1
CAPÍTULO I .....	3
EL PROBLEMA .....	3
1.1 Planteamiento del problema .....	3
1.1.1. Formulación del problema .....	3
1.2. Justificación.....	4
1.3. Objetivos .....	5
1.3.1. Objetivo general .....	5
1.3.2. Objetivos específicos.....	5
CAPÍTULO II .....	6
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Previa s investigaciones de estudio acerca del tema.....	6
2.2. Fundamentación filosófica – Teoría del autocuidado (Dorothea Orem) .....	8
2.3. Marco Legal (COIP).....	9
2.4. Marco Teórico.....	10
2.4.1. Pacientes paliativos .....	10
2.4.2. Cuidados paliativos .....	10
2.4.3. El rol de enfermería en el cuidado de pacientes paliati- vos. ....	15
2.4.4. Piel .....	18
2.4.5. Aspectos fisiológicos de la piel .....	18
2.4.6. Tipos de lesiones en la piel (dermatitis, sarpullidos, xerosis, prurito y UPP).....	19
2.4.7. Úlceras por presión (UPP) .....	20
2.4.8. Valoración de enfermería para la prevención de UPP (Escala de Braden, escalas de Norton, Escala EMINA).....	25
CAPÍTULO III .....	36
METODOLOGÍA.....	36
3.1. Diseño metodológico .....	36

3.2. Tipo de estudio .....	36
3.3. Variables .....	37
3.4. Población y muestra .....	37
3.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	37
3.6. Instrumentos.....	37
3.7. Procesamiento de Datos .....	38
3.8. Análisis e interpretación de resultados .....	38
3.10. Discusión de resultados.....	51
3.11. Conclusiones.....	54
3.12. Recomendaciones.....	55
CAPÍTULO IV .....	56
PROPUESTA .....	56
4.1. Plan de Intervención.....	56
REFERENCIAS.....	73
ANEXOS .....	76

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Aspectos de valoración de las lesiones de la piel..	15
Tabla 2 Escala de Braden	28
Tabla 3 Escala Norton	29
Tabla 4 Escala EMINA	29
Tabla 5 Revisión diaria de la piel del paciente a fin de detectar signos de UPP.	40
Tabla 6 Mantenimiento de sábanas limpias y estiradas.	41
Tabla 7 Realización del aseo diario y/o cada vez que es necesario por incontinencia o humedad del paciente.	42
Tabla 8 Evita el uso de alcoholes o colonias, así como de polvos de tal o similares.	43
Tabla 9 Mantiene la piel seca, con especial cuidado en los pliegues cutáneos.	44
Tabla 10 Hidrata la piel con cremas específicas teniendo en cuenta zonas de apoyo.	45
Tabla 11 Aplica masaje con mucha suavidad las zonas de riesgo, utilizando ácidos grasos hiperoxigenados.	46
Tabla 12 Realiza cambios posturales cada 2 horas y cada cuatro horas cuando la enfermedad avanza a últimos días.	47
Tabla 13 Coloca superficies como almohadillas o geles en las zonas de prominencias óseas.	48
Tabla 14 Evita la fricción de la piel al movilizar al paciente.	49
Tabla 15 Controla su estado nutricional e hidratación.	50
Tabla 16 Plan de intervención	56

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Objetivos de los cuidados paliativos. Tomado de INCMNSZ. ....	11
<i>Figura 2.</i> Algoritmo de atención en pacientes con cuidados paliativos. Tomado de (Secretaría de Salud Pública, 2014, pág. 3).....	13
<i>Figura 3.</i> Zonas de mayor propensión al desarrollo de úlceras por presión. Tomado de (Ayala, 2012, pág. 148) .....	22
<i>Figura 4.</i> Revisión diaria de la piel del paciente a fin de detectar signos de UPP (úlceras por presión). Tomado de guía de observación. ....	40
<i>Figura 5.</i> Mantenimiento de sabanas limpias y estiradas. Tomado de guía de observación .....	41
<i>Figura 6.</i> Realización del aseo diario y/o cada vez que es necesario por incontinencia o humedad del paciente. Tomado de guía de observación. ....	42
<i>Figura 7.</i> Evita el uso de alcoholes o colonias, así como de polvos de tal o similares. Tomado de guía de observación. ....	43
<i>Figura 8.</i> Mantiene la piel seca, con especial cuidado en los pliegues cutáneos. Tomado de guía de observación. ....	44
<i>Figura 9.</i> Hidrata la piel con cremas específicas teniendo en cuenta zonas de apoyo. Tomado de guía de observación. ....	45
<i>Figura 10.</i> Aplica masaje con mucha suavidad las zonas de riesgo, utilizando ácidos grasos hiperoxigenados. Tomado de guía de observación.....	46
<i>Figura 11.</i> Realiza cambios posturales cada 2 horas y cada cuatro horas cuando la enfermedad avanza a últimos días. Tomado de guía de observación.....	47
<i>Figura 12.</i> Coloca superficies como almohadillas o geles en las zonas de prominencias óseas. Tomado de guía de observación .....	48
<i>Figura 13.</i> Evita la fricción de la piel al movilizar al paciente. Tomado de guía de observación. ....	49
<i>Figura 14.</i> Controla su estado nutricional e hidratación. Tomado de guía de observación.....	50

## Introducción

El presente estudio desde la perspectiva de la autora es necesario un tratamiento especializado que requiere un individuo en un estado vulnerable de salud. Las acciones de consciencia y humanismo resultan esenciales para propiciar un estado biopsicosocial favorable en las acciones de atención que requiere este tipo de pacientes. De ese modo resulta esencial acercarse a la ciencia como herramienta que permita intervenir sobre ella para su transformación en beneficio del ser humano.

El rol de la enfermería en los cuidados paliativos constituye una atención de prioridad que demanda de responsabilidades constantes tanto por parte de las familias como de los profesionales de la salud. Los cuidados paliativos, a los que se refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS), están referidos a la atención específica e integral que deben recibir los enfermos con una enfermedad progresiva e incurable y a sus familias, atendiendo a sus necesidades.

Las respuestas a estas interrogantes se proyectan a crear alternativas para poder ayudar al individuo a afrontar sus vivencias de modo que alcance el máximo nivel de bienestar posible y siempre bajo la premisa de una atención integral. La atención específica integral consiste en cuidar al enfermo y a su familia, involucrando a la familia en el cuidado paliativo a través de los profesionales de enfermería que son un eslabón entre el paciente y la familia.

La finalidad es determinar el rol del personal de enfermería en la prevención y cuidado de la piel en la atención en los cuidados paliativos en el Hospice San Camilo.

La siguiente investigación queda estructurada de la siguiente forma:

Páginas preliminares, que comprenden: La página de portada, la página del título, la declaración del profesor guía, la declaración del profesor corrector, la declaración de autoría, los agradecimientos, la dedicatoria y el índice del contenido.

Introducción, donde se brindan elementos relacionados con la temática a estudiar en forma de preámbulo. Se realiza un abordaje de la problemática y su estado actual a partir de la consulta de investigaciones anteriores. En este apartado se definen los objetivos y los aspectos en los cuales se sustenta la factibilidad.

Desarrollo del proyecto de investigación, que comprende, los principales referentes teóricos que permiten el sustento de los principales indicadores que componen la temática estudiada. Los principales recursos operativos que componen los procedimientos a través de los cuales se obtuvieron los resultados. Los resultados de los instrumentos aplicados en los cuales se comprueban los roles desempeñados por el personal de enfermería frente a los cuidados paliativos. Además aborda la propuesta de un plan de intervención sobre el manejo de cuidados de la piel en pacientes paliativos para el paciente, familia y personal de enfermería.

Se emiten conclusiones, en las que se delimitan los resultados obtenidos que ofrecen respuesta a los objetivos propuestos de manera sintetizada.

Se realizan recomendaciones dirigidas a proporcionar sugerencias a la luz de los resultados.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del problema

La presente investigación surge a partir de la necesidad de estudiar el rol de los profesionales de enfermería en los cuidados paliativos y su relación con la familia durante su estancia en el hospital. El personal de enfermería no afronta con eficiencia las demandas de requerimiento de estos cuidados paliativos.

El envejecimiento de la población y el creciente número de personas con enfermedades crónico-degenerativas representan un reto importante para los servicios de salud. Muchas de estas personas, al final de su vida, padecen precisan una atención sanitaria que implica a todos los ámbitos asistenciales necesarios para mejorar la calidad de vida.

Los cuidados paliativos (CP) tienen el objetivo de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas o avanzadas. En el Ecuador, los Cuidados Paliativos se han brindado de forma privada; por tal razón, uno de los retos del Modelo de Atención Integral de Salud es que se ofrezcan y desarrollen estos cuidados en la Red Pública Integral del Sistema Nacional de Salud. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

El cuidado paliativo incluye la atención al cuidado de la piel, con el propósito de prevenir úlceras que complican aún más su cuadro de base.

#### 1.1.1. Formulación del problema

¿Cuál es el rol del personal de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes paliativos en el Hospice San Camilo durante el primer semestre del 2017?

## 1.2. Justificación

El estudio de los cuidados paliativos constituye en primera instancia como un mecanismo de diagnóstico en el manejo de las habilidades del personal de enfermería y así garantizar un favorable estado de salud del paciente que lo requiere.

El Hospice San Camilo no cuenta con un plan de cuidados estandarizado, ni una guía específica para los cuidados de la piel en pacientes con cuidados paliativos. Por lo tanto, se requiere identificar el rol que desempeña el personal de enfermería en esta institución en el aspecto concerniente al cuidado de la piel.

Es por ello la importancia de este trabajo de investigación ya que se profundiza los aspectos generales del conocimiento relacionados con la temática estudiada, además se identificará la aplicación de intervenciones de enfermería encaminadas al cuidado de la piel y con ello se evidenciará la necesidad de contar con un plan estandarizado de intervenciones.

Los resultados del estudio permitirán obtener evidencia científica e informar a las jefaturas asistenciales y administrativas de la institución para estandarizar un plan de cuidados enfocado a los cuidados paliativos, especialmente a los cuidados de la piel.

La pertinencia, factibilidad y viabilidad del presente trabajo radica en que se cuenta con suficiente información referente a la temática en cuestión, así como con la autorización de las máximas autoridades de la institución para llevarlo a cabo sin ningún impedimento legal u otro tipo de inconvenientes, además se cuenta con la colaboración del personal de enfermería que labora y son el objeto de observación para la recogida de datos.

Esta investigación resulta novedosa, por constituirse en el primer estudio que se realiza sobre la temática en el Hospice San Camilo.

Los beneficios de la investigación se hacen palpables para los pacientes como objetos del cuidado, para el personal de enfermería, logrando incorporar en



mayor medida a su quehacer diario los cuidados antes referidos y con ello mejorando la calidad de atención.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el rol del personal de enfermería en la prevención de UPP en pacientes de Cuidados Paliativos en el Hospice San Camilo durante el primer semestre del 2017.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Recopilar información actualizada sobre el rol de enfermería en la prevención de UPP en pacientes paliativos y las principales alteraciones que se producen en la piel por el manejo inadecuado.
2. Evaluar el manejo de la piel en el paciente paliativo por parte del personal de enfermería.
3. Proponer un plan de intervención sobre el manejo de cuidados de la piel en pacientes paliativos que tenga en cuenta los roles del personal de enfermería. Instrumento para valoración diaria de Northon y semáforos con colores de riesgo de úlceras de presión.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Previas investigaciones de estudio acerca del tema

El desarrollo de una investigación parte de la identificación de diversas fuentes que una vez consultadas permiten en un primer momento encauzar los diversos estudios que posibilitan encauzar y delimitar el estatus investigativo de un objeto determinado. En el presente estudio se consultan varias fuentes y resultados científicos que permiten ampliar la temática y encontrar conductos que propician encauzar los propósitos de la investigación en instituir un nuevo conocimiento que transforme y perfeccione la práctica social del área que se estudia

**1. Nombre del artículo:** Úlceras por presión en el enfermo crítico: detección de factores de riesgo.

**Institución:** Universidad Rovira i Virgili de Tarragona

**Autores:** A. Roca-Biosca, M.C. Velasco-Guillén, L. Rubio-Rico, N. García-Grau y L. Anguera-Saperas

**Año:** 2012

**Resumen del artículo:**

- Se corroboró que los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) son más vulnerables a la aparición de úlceras por presión y es por ello que allí se registra el mayor índice de incidencia y prevalencia de úlceras por presión.
- Se determinó que del total de la muestra estudiada (236 pacientes), 26 pacientes desarrollaron UPP, lo que representa una incidencia del 11,02%. La mediana de duración de las úlceras fue de 10 días.
- Se identificaron los mecanismos causales de las lesiones fueron en un 78,9% la presión, en un 15,8% la humedad y en el 5,3% la utilización de dispositivos u otras causas.

- Los factores modificables identificados con asociación significativa para la aparición de UPP en el paciente crítico fueron: superficies de apoyo, nutrición, sonda nasogástrica y cambios posturales.

**2. Nombre del artículo:** Incidencia de las úlceras por presión tras la implementación de un protocolo de prevención.

**Institución:** Universidad de São Paulo

**Autor:** Noemí Marisa Brunet Rogenski y Paulina Kurcgant.

**Año:** 2012

**Resumen del artículo:**

-El artículo aborda un procedimiento de evaluación de un protocolo para la prevención de úlceras por presión en pacientes de una unidad de cuidados intensivos. De esta manera se ofreció tratamiento a la incidencia de úlceras por presión tras la aplicación de un protocolo de prevención.

- La incidencia encontrada en este estudio, el 23,1%, fue inferior a la indicada en un estudio similar elaborado en la misma institución (41,02%) antes de la aplicación de protocolos para la evaluación de riesgos y la prevención de úlceras por presión.

- Se corroboró que para identificar los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de UPP en los diferentes niveles, establecimiento de scores de corte en la Escala de Braden para poblaciones, unidades y servicios específicos, así como, acerca del coste efectividad de la prevención versus coste del tratamiento de las UPP, aun completamente incipiente en nuestro medio, y que puedan todos aportar para el aumento de conocimientos y especialmente, del delineamiento de la enfermería como ciencia.

**3. Nombre del artículo:** Gestión de la calidad sobre prevención de errores, en úlceras por presión y caídas, del hospital San Vicente de Paúl, Ibarra, 2015.

**Institución:** Universidad Técnica del Norte.

**Autor:** Shirley Garzón Narváez, Esteban Bracho Egas y Katty Cabascango.

**Año:** 2015

**Resumen del artículo:**

- La investigación analiza la gestión de la calidad sobre prevención de errores, en úlceras por presión y caídas, en el hospital San Vicente de Paul de Ibarra a partir de técnicas e instrumentos como lista de chequeo y observación directa con su respectiva escala de medición Likert, el procesamiento de datos con la utilización de la t de Student, para la interpretación.
- Según la escala de medición, los resultados de acuerdo a la variable prevención de caídas y UPP corresponden: 8,33% en ausencia, 75% en proceso y el 16,67% de elaboración, no se evidenció ningún porcentaje de calificación en desarrollado; de acuerdo a los estándares internacionales, el hospital se encuentra en un nivel bajo O.
- Se demuestra que el hospital se encuentra con un déficit de accesorios e insumos básicos para proporcionar una calidad sanitaria eficiente y seguridad al paciente.

**2.2. Fundamentación filosófica – Teoría del autocuidado (Dorothea Orem)**

La teoría de autocuidado de Dorothea Orem constituye el referente teórico de sustento del presente estudio desde las perspectivas filosóficas. Esta teoría está sustentada en la utilización de métodos teóricos para favorecer la asimilación y estudio de los mecanismos de la teoría de Déficit de autocuidado, generalidades y vínculos entre el sustento teórico y la práctica del trabajo habitual del método científico en el perfeccionamiento de una vida apacible.

De acuerdo con las perspectivas de análisis de esta teoría se referencian los criterios de las autoras Prado, González, Paz & Romero (2014) al referir los siguientes aspectos:

La teoría del autocuidado está delineada en el análisis de las formas de autocuidado que demanda el individuo en condiciones adversas de enfermedad. Por una parte de afrontan las relacionadas con la autoayuda a necesidades básicas del propio ser humano como

alimentarse, descansar, oxigenación. Por otro lado las necesidades de cuidado asociada con procesos de desarrollo del individuo y por último las derivadas del estado de salud mental. (Prado, Gonzáles, Paz, & Romero, 2014, pág. 12)

El estudio se relaciona con la teoría de Dorothea Orem porque su teoría se enfoca en los mecanismos relacionados al déficit de autocuidado de los pacientes, dado que las úlceras por presión aparecen por humedad, fricción, poca movilidad, cambios de posición inadecuados y poco frecuentes y falta de higiene y confort. De esta manera la presente teoría constituye una perspectiva de sustento para el estudio en la medida que ofrece las concepciones de cuidado como elementales para la reservación del estado de salud y bienestar de este tipo de paciente a partir de las complicaciones y grados en que se presente tu afectación.

### **2.3. Marco Legal (COIP)**

De acuerdo con el Código Orgánico Integral Penal se designan diversas normativas que protegen tanto los derechos de los pacientes como del personal de salud de atención. De este modo se prevén aspectos esenciales que permiten regular las prácticas del personal de salud desde una adecuada atención. De esta manera se referencia el artículo 218, el cual se refiere a la desatención de la asistencia emergente de la siguiente manera: “La persona que, en obligación de prestar un servicio de salud y con la capacidad de hacerlo, se niegue a atender a pacientes en estado de emergencia, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años”. (Asamblea Nacional, 2008, pág. 82)

Por otra parte también se designa en el artículo 153 relacionado con el abandono de personas que:

La persona que abandone a personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad o a quienes adolezcan de enfermedades catastróficas, de alta complejidad, raras o huérfanas, colocándolas en situación de desamparo y ponga en peligro real su vida o integridad física, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. (Asamblea Nacional, 2008, pág. 61)

## **2.4. Marco Teórico**

### **2.4.1. Pacientes paliativos**

Los pacientes paliativos constituyen aquellos que de acuerdo a una patología crónica requieren una atención especializada enfocada a proveer un seguimiento que le permita equilibrar los indicadores de salud hasta una exitosa defunción. Las características que destacan a estos pacientes resaltan cuadros clínicos de patologías avanzadas y complicaciones clínicas que suelen ser degenerativas hasta un desenlace letal. De acuerdo con las consideraciones de las autoras Martínez, Monleón, Carretero y García-Baquero (2012) se precisan las siguientes consideraciones relacionadas con las especificidades de los pacientes paliativos:

Las situaciones que enfrentan los pacientes paliativos están relacionadas con una debilidad inmunológica, que en correspondencia con el estado o fase final de su enfermedad presentan una declinación en el estado de salud tanto a nivel físico, social y mental. Las complicaciones de este estado, conllevan a los equipos médicos a mantener los procedimientos adecuados que admitan suministrarle al paciente las condiciones y tratamientos que de alguna manera potencien su estado y bienestar. (Martínez, Monleón, Carretero, & García-Baquero, 2012, pág. 120)

Teniendo en cuenta el análisis del estado que posee un paciente paliativo es importante aludir que en la totalidad de las áreas de salud existen alternativas priorizadas para el tratamiento y atención de estos pacientes. De esta manera el tratamiento y apoyo resultan ser mecanismos metales para la gestión de una salud adecuada a pesar de la inevitable finalidad de los casos.

### **2.4.2. Cuidados paliativos**

El cuidado de los pacientes paliativos estriba en la satisfacción de las necesidades y requerimientos personales que son particulares de este grupo vulnerable. Esta labor incluye disímiles servicios como la ayuda vital, cuidados, condiciones de vida y alimentación apropiada en correspondencia con sus peculiaridades. En el mundo entero existen numerosos componentes para

instituir las preferencias de estos grupos y de igual manera cuidar por su integridad. De esta forma tanto tradiciones familiares como habilidades estatales de muchos gobiernos han normalizado dicha prioridad como un elemento esencial de cuidado a estos grupos de pacientes. De acuerdo con los preceptos de la autora Iglesias (2014) se dice de los pacientes paliativos que:

Constituyen parte de un conjunto de dificultades especiales por una creciente disminución de sus capacidades y destrezas, las que se desarrollan en contextos como reducción o deterioro de la memoria, pérdida de la sensibilidad, renuencias con ciertas parquedades y transformaciones funcionales en las capacidades de movilidad. (Iglesias, 2014, pág. 33)

De este modo, estos pacientes priorizados demandan de cuidados fundamentales que preserven su estabilidad física, emocional y social en los disímiles espacios en los que se desenvuelven. El cuidado de estos, hace énfasis en las distintas necesidades sociales e individuales que demandan los mismos como parte de los escenarios familiares.

Los cuidados paliativos (CP) tienen el objetivo de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas o avanzadas con pronóstico de vida limitado y de sus familiares. En el Ecuador, los CP se han brindado de forma privada; por tal razón, uno de los retos del Modelo de Atención Integral de Salud es que se ofrezcan y desarrollen en el Sistema Nacional de Salud. (Ministerio de Salud Pública, 2014 según los aspectos representados en el gráfico posterior a partir de los estudios realizados por el Instituto nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán de México:

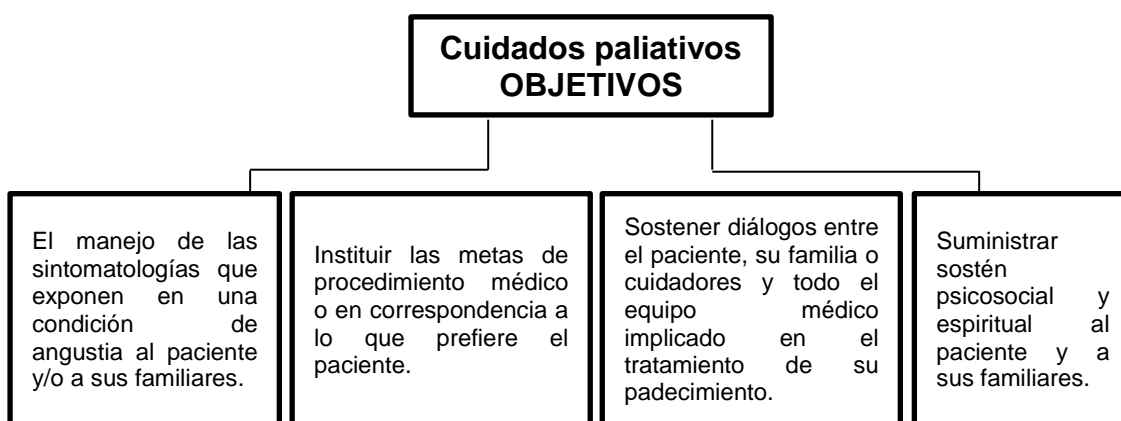


Figura 1. Objetivos de los cuidados paliativos. Tomado de INCMNSZ.

En relación a los análisis que evidencian las especificidades de los cuidados paliativos, los autores López & Expósito (2016) expresa aspectos esenciales que evidencian algunas directrices que se deben tener en cuenta en el trabajo con pacientes paliativos:

La paciencia que se requiere con el paciente, su estadio, el grado de complicación, su pronóstico y las opciones de tratamiento médico dirigido al paciente y de igual manera a sus familiares se consigue mediante la comunicación sistemática con su doctor, así como la relación de confianza que se demanda instituir entre el equipo médico que atiende, el paciente y los miembros de la familia. (López & Expósito, Gestión Administrativa de cuidados, pág. 38)

De acuerdo con el análisis de los presupuestos anteriores se precisa que dichas alternativas consiguen impedir la proliferación redundante de la vida o de la amargura y normas terapéuticas que no se proyectan al bienestar ni a la recuperación de la predicción médica de vida del paciente. Es decir, promover la eficacia de cuadro de disfunción. Consiguiendo un apropiado procedimiento de las sintomatologías que traen consigo los padecimientos terminales y optimizando la calidad de vida en la fase final de la vida del paciente y garantizando el bienestar de su familia. El algoritmo de atención en pacientes con cuidados paliativos se resume en el siguiente esquema:



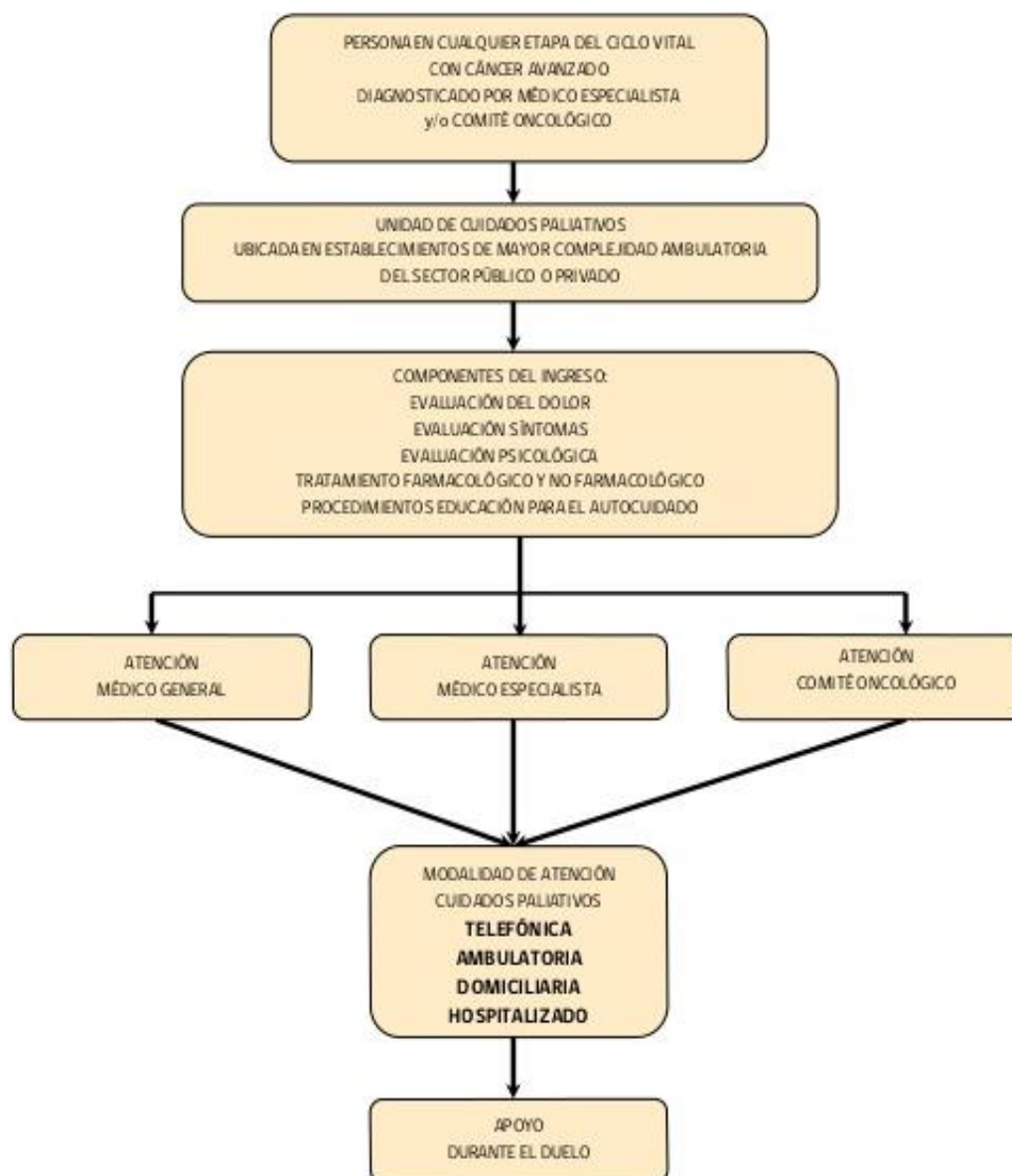


Figura 2. Algoritmo de atención en pacientes con cuidados paliativos. Tomado de Secretaría de Salud Pública, 2014, pág. 3

De acuerdo a la estructura gráfica de atención de estos pacientes resulta elemental enfatizar que resulta sistemática la atención a las especificidades del cuadro clínico agudizado de estos individuos. De esta manera el acompañamiento tanto médico como del área de enfermería está presente en las diversas fases para potenciar tanto la acción física, como la social y la mental del paciente.

Las sintomatologías que se atienden dentro de los cuidados paliativos son diversas y penden de las tipologías patológicas, aunque hay molestias

colaterales originadas consecuentemente por la misma, el contexto social y los elementos psicológicos que la patología en sí misma trasmite.

Estas sintomatologías circunscritas desde los criterios de los autores López & Expósito (2016) son:

1. Vigilancia y control de la dolencia.
2. Tratamiento del estrés y los cuadros depresivos.
3. Manejo de la incertidumbre.
4. Procedimientos para tratar el delirium (una etapa de desconcierto acentuado distinguido por mucha desatención, incoherencia de la racionalidad, variación de la conciencia y una reflexión dislocada).
5. Desfallecimiento.
6. Dificultad respiratoria
7. Desvelo.
8. Náuseas y espasmos.
9. Estreñimiento
10. Diarrea.
11. Inapetencia
12. El combatir con el padecimiento (elementos relacionados a cómo afrontar la patología, la comprensión de la misma, el esclarecimiento al paciente y su familia de que los cuadros depresivos pueden ocasionar efectos nefastos).
13. Elementos sociales (la influencia de las sintomatologías sobre el cuidado del paciente y el contexto familiar en ese período). (López & Expósito, 2016, pág. 63)

De uno u otro modo los cuidados de estos pacientes requieren de advertir propensiones que en un primer momento puedan atentar con cuadros de complicaciones y/o pérdida de las capacidades defensivas. Por tales aspectos resulta esencial enfatizar en algunos aspectos que en el caso de las afecciones de la piel deben valorarse para ofrecer una atención oportuna.

En este sentido los autores Arcos & Castro (2016) en el siguiente cuadro aborda dichos aspectos como parte de sus investigaciones:

Tabla 1

*Aspectos de valoración de las lesiones de la piel.*

ÁREAS A EVALUARSE	ASPECTOS A VALORARSE	TÉCNICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración enfocándose en el sistema tegumentario.</li> <li>Identificar los factores de riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Color y características de la piel:</b> pigmentación, ictericia, cianosis, palidez, edema.</li> <li>- <b>Hidratación:</b> piel grasa o seca, diaforesis.</li> <li>- <b>Temperatura:</b> general y zonas eritematosas.</li> <li>- <b>Integridad:</b> Prurito, úlceras, erupciones, traumatismos.</li> <li>- <b>Lesiones:</b> Máculas, pápulas, nódulos, tumores, vesículas, pústulas, quistes, roncha, cicatriz, escoriaciones y hematomas.</li> <li>- <b>Turgencias:</b> amplitud o elasticidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incepción</li> <li>- Palpación</li> </ul>

Tomado de Arcos & Castro, 2016, pág. 38

### **2.4.3. El rol de enfermería en el cuidado de pacientes paliativos.**

El rol que el personal de enfermería desarrolla para brindar atención a los pacientes paliativos, resulta esencial en la práctica médica. De esta manera los enfermeros y enfermeras constituyen actores primordiales en la unificación de actuaciones con la finalidad de prevenir afecciones del tejido epidérmico, disminuir la incidencia y potenciar la calidad de vida de estos pacientes. De acuerdo con los preceptos abordados por la autora Yesimantovska (2014) se precisa que:

Los procedimientos de tratamiento que ejerce el personal de enfermería con respecto al paciente paliativo con afecciones en la piel parten en un primer momento de establecer un seguimiento

escrito de las características evolutivas de cada paciente en el registro de enfermería para evaluar las manifestaciones que se van produciendo en cada paciente. (Yesimantovska, 2014, pág. 22)

Desde los preceptos anteriores se resalta que el historial evolutivo del paciente constituye un recurso importante que debe llevarse desde las habilidades de enfermería. No obstante, también la autora resalta otras acciones que componen el plan de cuidados que es imprescindible para el manejo y la atención del paciente con úlceras por presión:

- Suprimir o minimizar los riesgos que enfrentan los pacientes en vulnerar los tejidos epidérmicos sensibles a contraer afecciones a la piel
- Disminuir el riesgo de contaminación y contribuir a la cicatrización de las afecciones mediante los procedimientos que se referencian a continuación:
  - ✓ Aseptización de las manos.
  - ✓ Limpieza de las lesiones mediante la acción del suero salino al 0,9% sin restregar las lesiones en el caso que se aplique este procedimiento.
  - ✓ No emplear recursos desinfectantes con mucha frecuencia.

De manera general las acciones abordadas reflejan varias de las maniobras que debe desarrollar el personal de enfermería para ofrecer el tratamiento oportuno de estos pacientes. De esta manera son diversos los tratamientos sistemáticos que se deben tener en cuenta para garantizar una evolución favorable de dichos pacientes. Por otro lado las concepciones abordadas por los autores Ballano y Arroyo (2015) quienes abordan elementos referentes a las especificidades del control bacteriano en caso de infección en lesiones o manifestaciones de riesgo. Estos autores señalan que el personal de enfermería requiere de:

- Llevar a cabo las previsiones de retiro de líquidos corporales.
- Emplear guantes estériles y usar diferentes en cada caso.
- Sistematizar el lavado de manos en la atención entre cada paciente.

- En individuos que presenten manifestaciones de mayor complicación y gravedad, inician tratamientos por zonas menormente afectadas.
- Emplear materiales estériles en las labores de desbridamiento curativo de las lesiones.
- No emplear antisépticos locales.
- Los antibióticos sistémicos requieren una administración que faculte al personal médico a casos con bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis.
- Cumplimentar el manejo correcto de los desechos de acuerdo con las normas institucionales. (Ballano & Arroyo, 2015, pág. 142)

Los procesos infecciosos de afecciones de los tejidos epidérmicos que debe enfrentar el personal de enfermería están relacionados con elementos particulares del paciente ya sea por insuficiencia de los parámetros nutricionales, manifestaciones de obesidad, suministro de fármacos inadecuados como inmunosupresores, citotóxicos, complicaciones de diabetes, cánceres, adultez avanzada y diversos tipos de incontinencias. Ante la evidencia de dichas manifestaciones, se requiere aumentar las alternativas para higienizar los ambientes e implementos que se emplean para dar tratamiento a estos pacientes. De acuerdo con los principios investigados por la autora Benito, se precisan aspectos como el siguiente:

El rol fundamental de la enfermera reside brindar el apoyo adecuado al individuo sano o al convaleciente en el sostenimiento o recuperación de la salud, o bien asistirlo en sus últimos instantes para que enfrente una muerte con las tensiones necesarias. (Benito, 2012, pág. 11)

La finalidad de los cuidados de enfermería a la persona con enfermedad en fases terminales consiste en contribuir a mantener el grado más elevado de calidad de vida y auxiliarle a solucionar o aminorar sus necesidades, así como ofrecer apoyo para que viva de manera placentera de acuerdo a las posibilidades y favorecer a que fallezca con las atenciones que merece. Todo

ello en un perfil de cooperación con la totalidad del personal del equipo, que ha de ser multidisciplinar para favorecer cuidados completos.

#### **2.4.4. Piel**

Es una superficie en forma de capilla que posee características de resistencia y flexibilidad revistiendo la totalidad del cuerpo de los individuos y de los animales. Asimismo la piel es un tejido de protección del organismo de los seres humanos que posee pequeños orificios por los cuales el cuerpo transpira y se nutre en su relación con el medio ambiente.

A partir de los postulados del autor Ferrándiz (2014) se apunta que:

La piel es el órgano de mayor extensión del cuerpo humano, tiene una dimensión de 2m<sup>2</sup>, y su grosor está en dependencia de las zonas del cuerpo humano posee un peso cercano a los 5 kg. Opera como defensa preservadora que bloquea al organismo del entorno que le circunda, resguardándolo y ayudando a conservar en buen estado sus componentes estructurales en el mismo modo que constituye un mecanismo de interacción con el ambiente entorno. (Ferrándiz, 2014, pág. 22)

La piel es una barrera fina que protege la integridad física del cuerpo humano a partir de diversos procesos en los que se establece su fisiología. Es un tejido de gran importancia no solo para proteger al individuo de cualquier agresión nociva contra otras estructuras del cuerpo sino para establecer una interacción adecuada con el entorno natural que rodea al individuo.

#### **2.4.5. Aspectos fisiológicos de la piel**

Los principales componentes fisiológicos de la piel de acuerdo con los estudios del autor Palomino (2012) son los siguientes:

##### **1. Protección**

- ✓ Defensa ante las infecciones por virus, bacterias u hongos
- ✓ Defensa frente a los estímulos nocivos mecánicos
- ✓ Defensa frente a estímulos nocivos térmicos
- ✓ Defensa frente a las radiaciones nocivas
- ✓ Defensa frente a estímulos nocivos químicos

##### **2. Barrera del mundo externo**

3. Función sensitiva
4. Función de comunicación y expresión
5. Función metabólica y de reserva
6. Órgano de alta complejidad inmunológica. (Palomino, 2012, pág. 22)

#### **2.4.6. Tipos de lesiones en la piel (dermatitis, sarpullidos, xerosis, prurito y UPP)**

Los tipos de lesiones de la piel que pueden identificarse según los criterios del autor Ferrándiz (2014) son los siguientes:

- **Dermatitis:** La dermatitis es una manifestación de inflamación que se produce en las zonas de la piel por múltiples factores combinados como reseques, fuerte prurito entre otras causas.

- **Sarpullidos:** Constituye una erupción ligera y transitoria en la piel, compuesta por una serie de granitos de pequeña proporción y ramificada en forma de ronchas. Se origina por la dificultad de funcionamiento de las glándulas sudoríparas, como derivación de elevadas temperaturas, que causan una contaminación en la piel.

- **Xerosis:** Está asociada a la reseques en la piel a partir de las pérdidas de agua y aceite. Estas lesiones resultan ser comunes y generalmente afecta a cualquier individuo independientemente de su edad. Generalmente se produce a partir de climas, enfermedades asociadas, baños de agua caliente, uso de productos químicos, entre otros.

- **Prurito:** Es una sensación de hormigueo e irritabilidad de la piel que induce la pretensión de rascarse en la superficie que se manifiesta. El prurito o comezón puede suceder en la totalidad del cuerpo o simplemente en un área determinada.

- **UPP:** Constituyen áreas de lesionada en la piel debido a la permanencia postural constante por prolongado tiempo. Generalmente aparecen en los lugares de mayor roce de los tejidos con superficies duras, lo cual provoca una sensibilidad de la piel. Es muy usual en

personas en condiciones de salud que no pueden tener una movilidad adecuada por sus limitaciones físicas y mentales. (Ferrándiz, 2014, pág. 85)

#### **2.4.7. Úlceras por presión (UPP)**

Las úlceras por presión son denominan a áreas de la piel lesionadas y se originan de acuerdo a la permanencia de una postura física que se sostiene durante un tiempo extenso. A menudo este tipo de exposición se genera en partes del cuerpo en las cuales la estructura ósea tiene mayor proximidad a la epidermis, como es el caso de estructuras como los tobillos, talones y las caderas.

En relación a los preceptos preliminares abordados, la autora Aller (2012) sintetiza elementos conceptuales de trascendencia:

Las úlceras por presión o escaras como se le suele llamar a estas manifestaciones, designan contusiones cutáneas que poseen su expresión en pacientes que por alguna patología determinada tienen restringidas alternativas de movilidad por sí mismos y afloran como consecuencia de la presión que sobre la epidermis se provoca por el cuerpo al roscar superficies rígidas. (Aller de la Fuente, 2012, pág. 59)

De este modo, como se ha analizado este tipo de lesiones por presión surgen con la resistencia y roce que produce el peso de un miembro del cuerpo sobre una parte sensible que tiene algún tipo de fricción con tejido óseo. Con el tránsito del tiempo se va revelando una manifestación degenerativa del de la piel. El indicio de iniciación de esta lesión, tiene un carácter isquémico y está asociada con la disminución de líquido epidérmico y el roce entre dos elementos que a partir de su dureza debilita la piel hasta formar dicha magulladura.

#### **Epidemiología**

Las úlceras por presión constituyen un acontecimiento desfavorable en los pacientes que se encuentran hospitalizados en los diversos grados de atención de salud. Con regularidad se manifiesta en pacientes con cuadros clínicos



complicados derivados de la imposibilidad motora y perteneciente a los grupos etarios de los mayores de 60 años.

De acuerdo con las precisiones abordadas por los autores Cedeño & Molina (2015) precisan los siguientes aspectos:

En el contexto ecuatoriano el 55% de los casos clínicos atendidos por úlceras por presión es prevalente en el grupo de edad de 50 a 74 años, lo que corrobora la propensión a las lesiones por la reducción progresiva en el tejido celular hipodérmico, la blandura y la flexibilidad de la piel. (Cedeño & Molina, 2015, pág. 1)

Los datos que resaltan la prevalencia de dichas manifestaciones evidencian que en el contexto hospitalario están asociados a pacientes con patologías crónicas y agudas. Otros de los estudios realizados sustentan que el área de mayor prevalencia a la manifestación de estas lesiones está relacionada con los talones y específicamente en un promedio de edad de los 82 años. A partir de estudios internacionales, es posible manifestar que en las áreas de cuidados intensivos se manifiesta una mayor incidencia de acuerdo a una serie de componentes que acrecientan la vulnerabilidad de desarrollo de estas lesiones. Los índices de incidencia oscilan entre 20-56% y su manifestación ocasiona dolencia, depresión, disminución de la autonomía, contagio y acrecentamiento de la estancia y precios por concepto de atención especializada.

### **Fisiopatología**

Las úlceras por presión son producidas como una secuela del apisonamiento tisular entre una protuberancia ósea y la superficie externa de la epidermis que la recubre durante un tiempo extendido. La presión epidérmica de resistencia que puede resistir la piel está asociada a los 20 mm Hg, mientras que la presión tisular intermedia entre los 16-33 mm Hg. Coacciones por encima de estos valores que se realicen sobre un área específica por una frecuencia de tiempo extendida traerá consigo una manifestación isquémica que, si no se atiende y soluciona de manera instantánea, ocasiona la muerte del tejido celular y su respectiva manifestación necrótica.

De acuerdo con las precisiones anteriores se resumen algunas ideas esenciales que desde los estudios del autor Fitzpatrick (2013) se aluden:

En el proceso de aparición de las úlceras por presión resulta más importante la sistematicidad de la presión que el rigor de la misma, puesto que la piel tiene la capacidad de tolerar presiones por tiempos, por tal razón es posible aseverar que la presión y la temporalidad resultan aspectos que ejercen importancia recíproca. (Fitzpatrick, 2013, pág. 223)

Las principales causales que propician el surgimiento de las úlceras por presión son:

- **Presión:** Es la coacción ejercida por un cuerpo de superficie rígida sobre el tejido epidérmico. Ello ocasiona un roce severo propiciando una obstrucción del torrente sanguíneo, lo que provoca la muerte del tejido local.
- **Fricción:** es una fuerza que se despliega de manera paralela a la epidermis causando rozamientos por movilidad o arrastre. La característica de humedad acrecienta el frote e inclusive estruja la piel.
- **De pinzamiento vascular:** relaciona las secuelas de las causales anteriores. (Browder, 2012, pág. 247)

Las estructuras del cuerpo que resultan más propensas a desarrollar una úlcera por presión están asociadas con las características posturales en las que fundamentalmente se despliegan coacciones de peso y fricción entre los tejidos blandos y duros. Para una mayor visualización de tal aspecto se consulta el grafico elaborado por el autor Ayala (2012), el cual visualiza las zonas de mayor propensión al desarrollo de estas manifestaciones:

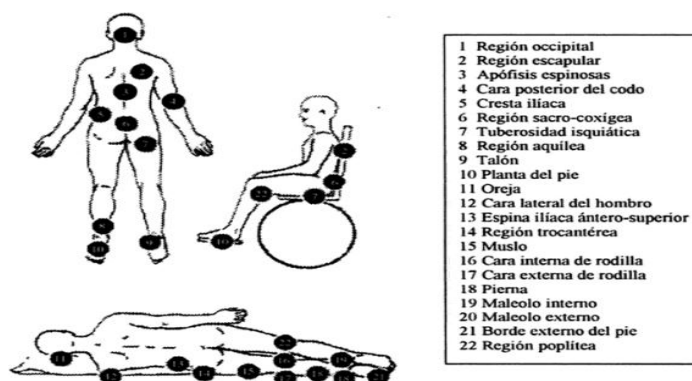


Figura 3. Zonas de mayor propensión al desarrollo de úlceras por presión. Tomado de Ayala, 2012, pág. 148

Tal como se puede visualizar en el presente esquema, las manifestaciones de las úlceras por presión resultan ser más propensas a las posturas decúbito lateral, demostrando una totalidad aproximada de 12 zonas en el cuerpo que implican vulnerables al progreso de estas contusiones. De otra manera el muslo, algunas partes de la rodilla, la pierna, así como los costados externos del pie. (Ayala, 2012, pág. 149)

Asimismo, la postura fija de sentado resulta la de menos fragilidad en correspondencia a la vulnerabilidad de áreas que pueden afectarse. No obstante, esta compostura sitúa en peligro a desplegar dichas contusiones en las partes de la espina ilíaca antero-superior, región trocantérea y el sacro.

### **Factores de riesgo**

La mayoría de las veces, los tejidos blandos son propensos al padecimiento de dichas manifestaciones. En este sentido, las personas que prolongadamente adoptan posiciones de empleo, las personas de la tercera edad con paraplejas e inmovilidad física constituyen grupos vulnerables a padecer estos tipos de lesiones.

A parte de los análisis anteriores existen algunas enfermedades generales a las que se asocian como factores de riesgo al desarrollo de estas lesiones. En este caso, se referencian enfermedades del sistema endócrino, específicamente la diabetes mellitus que apresura los efectos necrotizantes de los tejidos y dificulta los procesos de cicatrización. De esta manera también se limitan los mecanismos de microcirculación, los cuales generan manifestaciones de susceptibilidad del sistema inmunológico a contraer algún organismo patógeno.

Por otra parte, algunas cardiopatías están relacionadas con mayor vulnerabilidad de la irrigación de los tejidos, lo cual acelera la propensión a enfrentar manifestaciones de isquemia y necrosis. Por otra parte el autor Fitzpatrick (2013) resalta que:

- La carencia perceptiva de los reflejos del dolor resulta una manifestación de disímiles riesgos en tanto el paciente no puede identificar el signo de afección que le aqueja y a continuación se va

empeorando el cuadro clínico de los pacientes hasta enfrentar resultados nefastos si antes no se identifica la afección y se procede con el diagnóstico indicado. (Fitzpatrick, 2013, pág. 130)

- De acuerdo con las percepciones abordadas existen diversas lesiones asociadas a la vulnerabilidad de desarrollar las úlceras por presión. En este sentido, también es válido señalar que, para el estudio y la valoración de los factores de riesgo, es abordada por el autor Martínez (2014) quien toma en cuenta la escala Braden por su mejor especificidad y su manejo asequible.
- En este sentido dicha escala emplea los indicadores que se referencian a continuación: Percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad y movilidad. (Martínez, 2014, pág. 22). Dichos indicadores revelan diversos estados y vulnerabilidades que se constituyen como factores de riesgos teniendo en cuenta el estado físico del individuo.

Por otra parte, se referencian algunos de los riesgos fisiopatológicos que ocasionan la aparición de las úlceras por presión:

- Contusiones epidérmicas
- Anomalías en la oxigenación a nivel celular
- Pérdida de nutrición
- Crisis del sistema inmunológico
- Variaciones del estado de cognición
- Pérdida de la capacidad motora
- Pérdida de la capacidad sensorial
- Variaciones en los procesos de desecho. (Eckman, 2012, pág. 271)

#### **Factores de riesgos derivados del tratamiento**

- Estabilidad impuesta por procedimientos médicos
- Métodos inmunosupresores
- Sondajes para corroborar determinaciones médicas

#### **Situacionales**

- Deficiente higiene
- Rugosidades en la ropa
- Roce con objetos duros o rígidos
- Falta de habilidad motora por dolor, agotamiento.

### **Del entorno**

- Deficiente o utilización incorrecta de los insumos para prevenir las úlceras.
- Insatisfacción profesional por necesidad de capacitación y/o conocimientos específicos.
- Exceso de labor.
- Falta de criterios unificados en la programación de las curaciones.
- Deficiente educación higiénica de personal de cuidado y pacientes.
- Deterioro de la imagen del padecimiento (Eckman, 2012, pág. 273)

### **Factores agravantes**

Los factores gravantes de estas lesiones están relacionados con los siguientes aspectos que se sintetizan a continuación.

- Daño de la función de sensibilidad y movilidad
- Disminución de la percepción
- Riesgo de destrucción de la integridad de la piel
- Sobrepeso y delgadez
- Combinación de factores en personas de edad avanzada
- Permanencia en camas o sillas de ruedas. (Buenaventura, 2014, pág. 29)

### **2.4.8. Valoración de enfermería para la prevención de UPP (Escala de Braden, escalas de Norton, Escala EMINA).**

Las diversas funciones valorativas roles del personal de enfermería están encauzadas para ofrecer las atenciones oportunas, las cuales resultan vitales en las diversas prácticas de la especialidad. En relación con los aspectos que componen la temática que se analiza, la autora Yesimantovska (2014) manifiesta que:

Las valoraciones de asistencia que ejecuta el personal de enfermería en favor del paciente con úlceras por presión tienen como punto de partida en primera instancia constituir un seguimiento escrito de las particularidades de evolución de cada paciente en las actas clínicas de enfermería para valorar las manifestaciones que se generen en cada caso específico. (Yesimantovska, 2014, pág. 22)

A partir de los análisis anteriormente referidos se indica que el historial de informes médicos de evolución de los casos se erige como un insumo significativo que requiere enriquecerse desde las destrezas del personal de enfermería. Sin embargo, asimismo la autora pondera otras operaciones que conforman el procedimiento de cuidados que es ineludible para el manejo y la asistencia del paciente con este tipo de lesiones:

- Eliminar o reducir la coacción que realizan ciertos tejidos rígidos sobre las úlceras.
- Aminorar el peligro de contagio y favorecer la cicatrización a partir de las operaciones que se aluden posteriormente:
  - ✓ Aseptización de las manos.
  - ✓ Higienización de la contusión a través de la irrigación con suero salino al 0,9% sin restregar las úlceras.
  - ✓ No utilizar sustancias antisépticas con frecuencias seguidas.
- Desbridamiento de la contusión: ello constituye fundamental para conseguir un adecuado progreso de los tejidos necróticos. Dichos procedimientos requieren llevarse a cabo a partir de tres aspectos esenciales:
  - ✓ **Quirúrgico.** Se desarrolla con el propósito de eliminar las superficies de tejido muerto hasta obtener el sano. Ello requiere que se dominen las operaciones convenientes por el personal apropiado para efectuar esta maniobra con insumos estériles. Se requiere suministrar al paciente un analgésico antes de llevar a cabo el procedimiento.
  - ✓ **Enzimático o químico.** Proporcionar enzimas tópicas con el objetivo de conseguir la hidrólisis del tejido narcotizado y suavizar la costra.
  - ✓ **Autolítico.** Se asocia con las acciones curativas mediante la provisión de vendas y pomadas que provean un campo húmedo para propiciar que los macrófagos, neutrófilos y enzimas orgánicas excluyan los microorganismos infecciosos que contaminan y ponen en riesgo de muerte el tejido. (Yesimantovska, 2014, pág. 24)

Desde una concepción general, las operaciones analizadas muestran múltiples maniobras que se requieren desplegar por parte del personal de enfermería para brindar los procedimientos indicados en cada caso. De este modo, son numerosos los métodos frecuentes que se necesitan tener presente para proveer un progreso propicio de cada caso clínico. Desde otras perspectivas de análisis, las ideas analizadas por autores como Ballano y Arroyo (2015) señalan aspectos concernientes a las particularidades de la vigilancia bacteriana teniendo en cuenta la presencia de infecciones derivadas de complicación en las úlceras. Dichos autores referencian que tanto enfermeros como enfermeras necesitan:

- Desarrollar precauciones en las acciones de retiro de fluidos corpóreos.
- Utilizar materiales estériles en cada paciente atendido.
- Ejecutar la higienización de las manos en cada paciente atendido.
- Comenzar por la úlcera menos complicada en pacientes que posean más de una lesión.
- Emplear materiales estériles en las labores de desbridamiento curativo de las lesiones.
- No utilizar desinfectantes locales.
- Los antibióticos sistémicos demandan de una autorización facultativa del de los médicos.
- Establecer la administración correcta de los desperdicios en correspondencia con las pautas de la unidad de salud. (Ballano & Arroyo, 2015, pág. 142)

Los casos infecciosos de las lesiones que requiere afrontar las personas de enfermería se encuentran asociados con aspectos individuales del paciente, obesidad, provisión de medicamentos impropios como inmunosupresores, citotóxicos, dificultades de diabetes, cánceres y varias tipologías de incontinencias. Los diversos mecanismos de valoración del paciente están asociados a distintas tipologías de análisis, algunas de ellas son las siguientes:

- **Escala de Braden:** Valora los peligros de provocar la aparición de úlceras por presión teniendo en cuenta la sensibilidad y humedad del tejido epidérmico, el roce del cuerpo con prendas de tela, la estabilidad motora y

alimentación del paciente. (Oruezábal, 2014, pág. 26). Las especificidades de análisis se corresponden con los indicadores y valores que se presentan en el siguiente cuadro:

Tabla 2

*Escala de Braden*

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	En cama	Completamente inmóvil	Muy pobre	Es un problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	No existe problema aparente

<b>Riesgo de UPP</b>
<b>Alto riesgo = &lt; 13</b>
<b>Riesgo moderado = 13-14</b>
<b>Bajo riesgo = &gt; 14</b>

- **Escala de Norton:** La escala de Norton tiene como propósito la medición de vulnerabilidades que posee un paciente de sufrir los efectos derivados de las úlceras por presión. Esta escala de medición fue desarrollada por Doreen Norton en el segundo año de la década del 60 del siglo pasado. Dicho instrumento estima cinco indicadores con un índice de progresión de gravedad de 1 a 4. Sus valores se suman para conseguir una calificación general que comprenderá entre los valores de 5 y 20. Son considerados pacientes de peligro a aquellos que resalten una estimación baja, de forma tal que a menor calificación serán mayores a los riesgos expuestos. (Leturia, 2013, pág. 271)

En correspondencia con mayores especificidades de este modelo de medición se presenta el siguiente cuadro, que pormenoriza los aspectos que lo componen y explican:



Tabla 3

*Escala Norton*

Estado físico	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4 Bueno	4 Alerta	4 Camina	4 Completa	4 No hay
3 Débil	3 Apático	3 Camina con ayuda	3 Limitada ligeramente	3 Ocasional
2 Malo	2 Confuso	2 En silla de ruedas	2 Muy limitada	2 usualmente urinaria
1 Muy malo	1 Estuporoso	1 En cama	1 Inmóvil	1 Doble incontinencia

<b>Clasificación de riesgo</b>
<b>Riesgo muy alto = 5-9</b>
<b>Riesgo alto = 10 - 12</b>
<b>Riesgo medio = 13 - 14</b>
<b>Riesgo mínimo / no riesgo = &gt; 14</b>

- **Escala de EMINA:** Constituye un instrumento de medición para evaluar el seguimiento del estado evolutivo de las úlceras por presión a partir de cinco aspectos como: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad. La puntuación en esta escala se realiza del 1-3 y sus siglas se corresponden con cada indicador mencionado con anterioridad. Dicha escala posee una excelente definición de indicadores operativos, lo cual favorece a una exactitud en los informes brindados por los interobservadores. (Buenaventura, 2014, pág. 72). De acuerdo con las particularidades que caracterizan esta escala se precisa en el siguiente cuadro los aspectos distintivos:

Tabla 4

*Escala EMINA*

	ESTADO MENTAL	HUMEDAD R/C INCONTINENCIA	MOVILIDAD	NUTRICIÓN	ACTIVIDAD
0	Orientado	No	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Urinaria o fecal ocasional	Limitación ligera	Incompleta ocasional	Deambula Con ayuda
2	Letárgico	Urinaria o fecal habitual	Limitación importante	Incompleta	Siempre precisa ayuda
3	Coma	Urinaria y fecal	Inmóvil	No ingesta > 72 h	No deambula

<b>Clasificación de riesgo</b>
Alto riesgo = 8 – 15
Riesgo medio o evidente = 4 - 7
Riesgo bajo = 1- 3
Paciente sin riesgo = 0

#### **2.4.9. Atención de enfermería para la prevención de UPP (cuidados de la piel, cargas mecánicas, superficies de apoyo)**

##### **Diagnóstico diferencial**

Dentro de los diversos manejos que se hacen como parte del diagnóstico diferencial de los pacientes que poseen úlceras por presión se alude a las acciones para identificar causas y evaluar las reacciones al procedimiento médico. El aspecto esencial que se toma como punto de partida del diagnóstico diferencial es distinguir los elementos causales de las úlceras por presión que se sitúan en el tejido subcutáneo y son producidas por el aplastamiento de las zonas blandas del organismo entre dos áreas duras, habitualmente sobre protuberancias óseas y en pacientes con limitadas habilidades motoras. (Raftery, Lim, & Östör, 2012, pág. 156)

El diagnóstico diferencial intenta delimitar las acciones de fricción y humedad que constituyen condicionantes claves para el desarrollo de estas manifestaciones en la piel. Otros de los aspectos que se tienen en cuenta en este tipo de diagnóstico son:

- El empleo de la de incidencia de las úlceras por presión como un aspecto de gestión de la calidad de salud
- Acciones de cuidado con enfoque preventivo y procedimiento médico adecuado de úlceras por presión.
- Determinación médica adecuada que tenga en cuenta la importancia de las acciones para las estructuras familiares y sociales que rodean al paciente. (Martínez, 2014. Pág. 28)

##### **Complicaciones**

Algunas de las complicaciones de las úlceras por presión están relacionadas de acuerdo con los criterios del autor Martínez (2014) con los siguientes aspectos:

- Infección Local

- Celulitis
- Osteomielitis
- Infección en tejidos adyacentes
- Inflamación
- Dolor
- Exudado purulento
- Necrosis
- Sepsis
- Dermatitis
- Degeneración Maligna
- Epitelioma espinocelular en los bordes de la úlcera
- Amputación
- Deformidades. (Martínez, 2014. Pág. 32)

### **Intervenciones de enfermería**

La intervención de las labores de enfermería en el caso de las úlceras por presión se define en los siguientes aspectos:

- Administración de medicación tópica
- Preparación del lecho de la herida
- Anotar las características de la herida
- Anotar las características del drenaje
- Comprar y registrar regularmente cualquier cambio en la lesión+
- Manejo de la nutrición
- Control de infecciones
- Vigilancia de la piel
- Cuidados de la zona deteriorada
- Colocación de los vendajes y cambio de los mismos por razones necesarias.
- Control del estrés
- Enseñanza de habilidades psicomotoras
- Cambios posturales y reposicionamiento del paciente
- Usos de escalas de valoración de riesgos. (Lucena, Rivero, & Bottura, 2013, pág. 83)

## **Prevención de las UPP**

La prevención se erige como un mecanismo de enfrentar la manifestación de las úlceras por presión. De esta manera, varios estudios empíricos han confirmado que dichas expresiones pueden advertirse de muchas maneras. Las numerosas posturas que toman los pacientes, los hábitos alimentarios, los períodos de estar acostados de manera extendida, se manifiestan como una de las aristas primordiales en las que pueden prevenir estas contusiones.

En correspondencia con los juicios de la investigadora García-Moya (2014) se apuntan las sucesivas acciones para promover la prevención de las úlceras por presión:

- Realizar cambios posturales del paciente en frecuencias cortas a fin de impedir la fricción de los tejidos con la sensibilidad de la epidermis.
- Levantar el apoyo de la cabeza del paciente a un ángulo de 30 grados con el objetivo de impedir movimientos y frotos que consiguen la generación de dichas lesiones.
- A partir de la importancia del uso de colchones anti escaras, también resulta esencial que los movimientos del paciente no se realicen promoviendo roces o fricciones que generen promover los ejidos del mismos y ocasionar mayor sensibilidad de la piel.
- No utilizar flotadores ya que no proporcionan ningún tipo de coacción a los tejidos rígidos.
- Las sábanas que se emplean requieren estar tendidas correctamente evitando arrugas.
- El tejido epidérmico del paciente requiere mantenerse de manera higienizado e impidiendo cualquier fricción que ejerza presión.
- La ropa que debe usar el paciente debe ser suelta y cómoda, en ningún momento ceñido.
- Vigilar por la limpieza del paciente y más si el mismo debe usar pañales desechables, ello resulta elemental para impedir las superficies húmedas.
- Los ungüentos que sean aplicados a los pacientes para hidratarlos requieren de ser visualizados hasta su reabsorción.

- No efectuar fricciones sobre superficies óseas ni tejidos inflamados o irritados a fin de no causar el quebrantamiento de la piel.
- Evitar el contacto de las contusiones con superficies ásperas.
- Impedir la pérdida nutricional. (García-Moya, 2014, pág. 150)

Los elementos distinguidos son algunos de los de notable incidencia en los cuidados que se requieren para prevenir las lesiones por presión. Casi la totalidad de estos aspectos depende de las particularidades de los pacientes que a partir de la complejidad o ligereza de cada cuadro clínico demandan mayores mecanismos de control y procedimiento médico. Siempre que se cumplan las medidas los pacientes conseguirán favorecerse con mayor garantía de su estado de salud y a la vez restablecimiento de sus contusiones.

### **Tratamiento de las UPP**

El manejo en el tratamiento curativo de las úlceras por presión se resalta como una acción necesaria en el proceder médico de dichas contusiones. Las curas se han legitimado como una habilidad que ha demostrado derivaciones beneficiosas en una infinidad de pacientes, los cuales han reaccionado de manera satisfactoria, dichas alternativas. De esta manera, como destreza médica, los profesionales de la enfermería que llevan a cabo estas maniobras requieren tener en cuenta los aspectos que menciona el autor Martínez (2014) en relación al tratamiento indicado que traerá consigo la confianza en dicha destreza de intervención. Entre los aspectos aludidos se referencian los siguientes:

- Desbridamiento de los tejidos necrotizados.
- Higienización de las superficies necrotizadas.
- Advertir y ofrecer tratamiento sistemático a las zonas infectadas.
- Elegir un producto que preserve incesantemente la superficie de la llaga húmeda y a su vez la temperatura del cuerpo.
- Conservar la piel de la contusión en su estado normal. (Martínez, 2014. Pág. 48)

De una u otra forma, las manipulaciones diversas de estas lesiones se erigen como aspectos fundamentales de la labor de la enfermería teniendo en cuenta que se proveen las destrezas requeridas que el paciente necesita a partir de la

dimensión de la contusión. De modo totalizador, la autora Queral (2014) señala los mecanismos de proceder que demandan las curaciones en cada complejidad y tipología de estas lesiones:

- **Grado I:** exclusivamente precisa del manejo y acrecentamiento de las reglas para advertir consecuencias perjudiciales, para ello se demanda llevar acabo los cambios posturales del paciente, utilizar un soporte de defensa que esté acolchonado y aplicar frecuentemente lubricantes con ácidos grasos hiperoxigenados.
- **Grado II:** Pese a utilizar todas las particularidades de la intervención preventiva asimismo es básico la potenciación profiláctica en las áreas afectadas con suero fisiológico. Unido a ello se requiere llevarse a cabo la aspiración de la bolsa y retirar su membrana. Debe intencionarse el empleo de apósitos hidrocoloides, en tanto ello, posibilita el control de las proporciones de secreción en la parte de la lesión. Es importantísimo favorecer un ambiente aséptico y optimar las alternativas para beneficiar la rápida curación.
- **Grado III y IV:** En esta tipología constituye una de esencial higienización con la solución del suero fisiológico, imposibilitando la raspadura del área que se está recomponiendo y acentuar el secado en las zonas de los contornos de la lesión. (Queral, 2014)

Las destrezas de restablecimiento demandan habilidades para resguardar los contagios desde varias intervenciones. Estas contusiones son atracadas de manera sistemática por organismos infecciosos, por lo que la esterilización deriva un entrenamiento de atención seguida para impedir perjuicios mayores. De acuerdo a estas perspectivas analíticas, el autor De la torre (2013) propone que:

Debe ejecutarse cuidado por cultivos en las manifestaciones en las que las úlceras revelen sospechas de contagio ya que teniendo en cuenta el enrojecimiento, mal olor, incremento del dolor o retraso de la recuperación. En correspondencia con lo que marquen los cultivos se consignará un proceder farmacológico a partir del uso de antibiótico de carácter sistémico. De otro modo, la a aplicación de antibióticos tópicos o los apósitos con plata se erigen como opciones

efectivas para disminuir la irrupción de microorganismos infecciosos.

(De la Torre, 2013, pág. 65)

En correspondencia con los componentes antepuestos además es recomendable utilizar para el mal olor vendajes que tengan carbón activado. Algunos expertos han coincidido que no es buena alternativa la aplicación de desinfectantes de modo muy sistemático, entre los cuales requiere impedirse con mayor distinción la tintura de yodo povidona, entre otros que favorecen a la toxicidad de la restauración de las áreas afectadas.

Otro de los procederes fundamentales en el tratamiento curativo de estas contusiones está asociado con la supresión de la piel que se ha dañado por su falta de vitalidad. Ello es lo que se denomina como desbridación. A tales aspectos se perciben los criterios de la autora Qural (2014) al sintetizar que:

Esto compone un segmento esencial ya que beneficia los procesos de curación de estas llagas a través de la eliminación de los tejidos que ya se encuentran afectados. Para estas acciones corrientemente se emplean recursos medicamentosos o de intervención quirúrgica, ambos muy trascendentes para la propia progresión aceptable de la reconstrucción del nuevo tejido. (Qural, 2014)

En correspondencia con la gestión de los metabolismos que provienen a la curación, igualmente es fundamental aludir que existen alternativas curativas que benefician este proceso. Para estas particularidades se utilizan varias compresas, que medien en la vigilancia de las simetrías de exudado sea las convenientes para conservar un contexto húmedo. Entre las compresas fundamentalmente empleadas en este momento del proceso se identifican los alginatos, con carbón activado o plata, hidrogeles, hidrofibras entre otros que de igual manera resultan apropiados. (De la Torre, 2013, pág. 69)

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Diseño metodológico**

El diseño metodológico de la presente investigación es cualitativo en tanto se parte de la verificación de las prácticas adecuadas del personal de enfermería frente al manejo de las úlceras por presión. De este modo el presente diseño se direcciona a describir y analizar las principales características que posee la práctica de la enfermería en los distintos casos observados.

#### **3.2. Tipo de estudio**

La presente investigación partió de dimensionar una tipología de estudio de perspectiva exploratoria, en tanto se proyectó a la determinación de los roles del personal de enfermería en la prevención y cuidado de la piel en pacientes de Cuidados Paliativos. Dicha proyección de estudio estribó en la identificación de las principales variaciones y manifestaciones que se produjeron en la piel como derivación de sus cuidados mediante el manejo de los profesionales del área de enfermería. El presente estudio al enfocarse en los aspectos exploratorios se dirigió a un análisis constante del proceder que debían realizar los profesionales del área para garantizar el estado favorable de salud de los pacientes.

Esta tipología de estudio se ponderó como un mecanismo de acercamiento y evaluación de las habilidades que se poseen para garantizar la salud de los pacientes y de igual modo las valoraciones derivadas del progreso de los casos clínicos ante las complicaciones que pueden enfrentarse. Del mismo modo, la exploración del estado de estos pacientes, permitió delimitar las principales causas, consecuencias, manifestaciones, que derivaron un correcto o incorrecto proceder de los profesionales del área de enfermería y a su vez los miembros de la familia.



### **3.3. Variables**

**Variable independiente:** Prevención de úlceras por presión

**Variable dependiente:** Pacientes paliativos

### **3.4. Población y muestra**

El universo de la presente investigación quedó constituido por la totalidad de profesionales de la salud que tienen algún tipo de relación con los pacientes que requieren Cuidados Paliativos en el Hospice San Camilo. Mientras que la muestra quedó determinada por la totalidad del personal de enfermería encargado de la atención sistemática a los pacientes que requirieron de Cuidados Paliativos en el Hospice San Camilo.

### **3.5. Criterios de inclusión y exclusión**

Dentro de los criterios de inclusión y exclusión que se tuvieron en cuenta en el presente estudio se referencian los siguientes:

#### **Criterios de inclusión**

- Todo el personal de enfermería que labora en Hospice San Camilo por más de tres meses.

#### **Criterios de exclusión**

- Estudiantes de medicina, enfermería, auxiliar de enfermería y médicos en general.
- Personal de enfermería que se encuentre cubriendo remplazos.
- Todo el personal de enfermería que firmando el consentimiento informado decida retirarse.

### **3.6. Instrumentos**

La guía de observación constituyó el principal instrumento que se manejó en la presente investigación como insumo que permitió organizar los distintos aspectos que se tienen en cuenta para organizar el proceso de recogida de información mediante el canal visual. De este modo, la guía de observación resultó un instrumento de gran valor en tanto permitió estructurar coherentemente las unidades de observación, frecuencias en que se

desarrollaron las mismas, como aspectos estratégicos de veracidad de los datos.

Por otra parte, la guía de observación resultó un recurso que proyectó la investigadora para definir los aspectos básicos previos a la ejecución de este método de obtención de datos. Derivó un mecanismo de concepción y proyección de las variables de estudio a partir de indicadores de análisis que se convirtieron en códigos de proyección visual para la investigadora y comprobar los aspectos que permitieron corroborar los objetivos propuestos con el estudio.

### **3.7. Procesamiento de Datos**

Con los datos obtenidos se creó una base de datos en el Software de analítica predictiva SPSS Versión 22.0. Utilizando este programa se realizó el correspondiente procesamiento y análisis de toda la información susceptible.

### **3.8. Análisis e interpretación de resultados**

En el análisis e interpretación de los resultados se dan a conocer de forma detallada los resultados que se obtuvieron durante el proceso de investigación a través de la Guía de Observación aplicada. Cabe mencionar, que debido a que el presente estudio se realizó utilizando una estadística descriptiva, el análisis de las variables se determina mediante un método sencillo.

En base a los datos obtenidos, se elaboraron tablas y gráficos que muestra las variables relacionadas con los aspectos relacionados con el cuidado de la piel en pacientes paliativos, permitiendo una mejor comprensión de los resultados.

De acuerdo con las principales observaciones realizadas del manejo del personal de Enfermería de los pacientes paliativos, se reflejan a continuación los siguientes resultados.

Los criterios de validación de los datos obtenidos en el presente estudio estuvieron a cargo del instrumento aplicado de acuerdo a las unidades de análisis delimitadas, unido a ello también permitió contrastar la información un grupo de expertos de enfermería con más de tres años de experiencias para valorar las UPP. Dicho grupo de profesionales poseen los conocimientos y experiencias suficientes en la labor asistencial de modo que constituyen un

mecanismo de contrastación de los resultados observados teniendo en cuenta la realidad que presenta cada uno de los pacientes observados y el manejo del personal de enfermería.

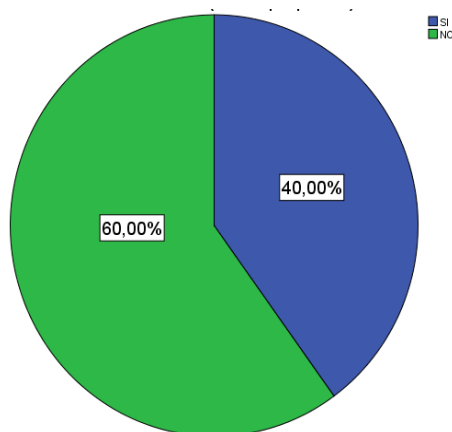
## ANÁLISIS DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN

Tabla 5

*Revisión diaria de la piel del paciente a fin de detectar signos de UPP.*

	#	%
<b>Si</b>	<b>4</b>	<b>40,00</b>
<b>No</b>	<b>6</b>	<b>60,00</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,00</b>

Tomado de guía de observación.



*Figura 4.* Revisión diaria de la piel del paciente a fin de detectar signos de úlceras por presión.

Tomado de guía de observación.

### **Interpretación:**

De acuerdo con el análisis de los criterios visualizados en el personal de enfermería de acuerdo con la revisión diaria de la piel del paciente a fin de detectar signos de UPP, se pudo comprobar que solo un 40% si realiza la revisión del tejido epidérmico del paciente para identificar posibles vulnerabilidades, mientras que el 60% de las personas que laboran en enfermería no cumplen con este aspecto, las principales razones con las que se asocian estas limitaciones están relacionadas con la falta de cumplimiento del protocolo de actuación para este tipo de pacientes.

Tabla 6

*Mantenimiento de sábanas limpias y estiradas.*

	#	%
<b>Si</b>	<b>7</b>	<b>70,00</b>
<b>No</b>	<b>3</b>	<b>30,00</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,00</b>

Tomado de guía de observación.

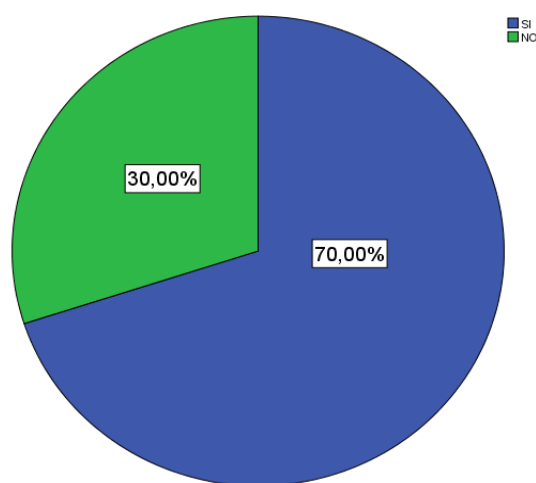


Figura 5. Mantenimiento de sábanas limpias y estiradas. Tomado de guía de observación

**Interpretación:**

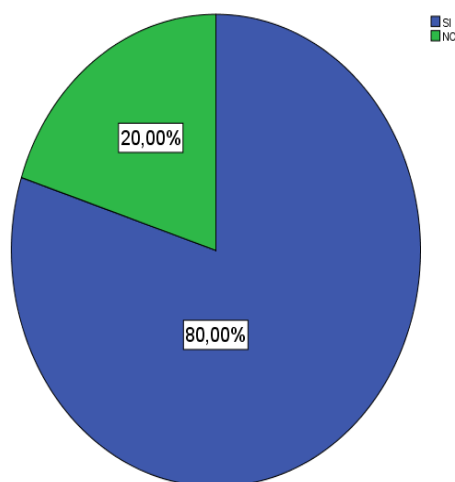
En correspondencia con la realización de un mantenimiento de sábanas limpias y estiradas para beneficio de los pacientes, la mayoría de individuos del personal de enfermería que fueron visualizados demostraron preocupación por mantener estos aspectos atendidos, estos resaltan un 70%, mientras que solo el 30% de ellos no realiza estas medidas de prevención, las posibles razones que se vinculan a este aspecto están asociadas con insuficiencias en los roles de cuidado que ponen en riesgo el estado físico de los pacientes.

Tabla 7

*Realización del aseo diario y/o cada vez que es necesario por incontinencia o humedad del paciente.*

	#	%
<b>Si</b>	<b>8</b>	<b>80,00</b>
<b>No</b>	<b>2</b>	<b>20,00</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,00</b>

Tomado de guía de observación.



*Figura 6.* Realización del aseo diario y/o cada vez que es necesario por incontinencia o humedad del paciente. Tomado de guía de observación.

### **Interpretación:**

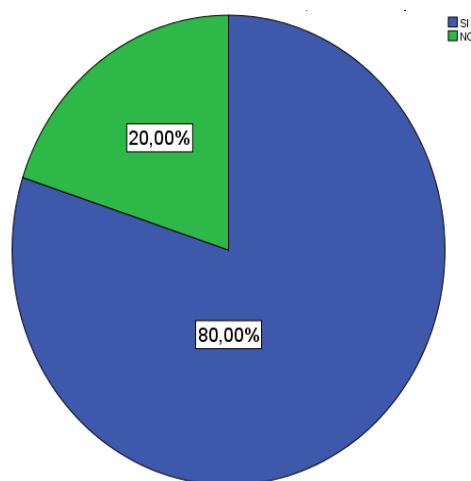
En un análisis de lo observado en torno a la realización del aseo diario y/o cada vez que es necesario por incontinencia o humedad del paciente se pudo identificar que la gran mayoría de los profesionales que componen el área, o sea un 80% realiza esta acción como parte de su labor por los cuidados higiénicos del pacientes, mientras que por otro lado solo el 20% de los enfermeros no llevan a cabo esta práctica, en tanto no le ameritan la importancia necesaria o manifiestan distracción en el manejo de esta acción como parte de la totalidad de dinámicas que requiere el paciente que padece de UPP.

Tabla 8

*Evita el uso de alcoholes o colonias, así como de polvos de tal o similares.*

	#	%
<b>Si</b>	<b>8</b>	<b>80,00</b>
<b>No</b>	<b>2</b>	<b>20,00</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,00</b>

Tomado de guía de observación.



*Figura 7.* Evita el uso de alcoholes o colonias, así como de polvos de tal o similares. Tomado de guía de observación.

### **Interpretación:**

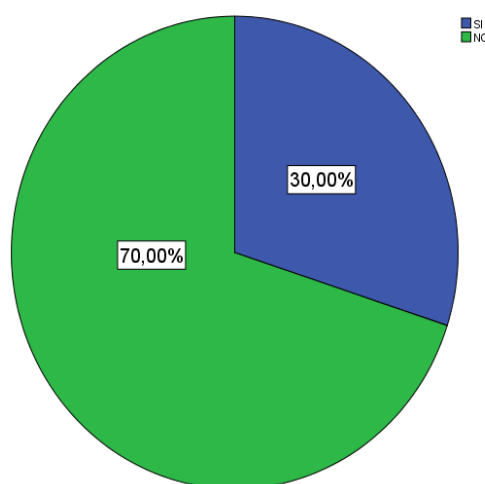
En correspondencia a evitar el uso de alcoholes o colonias, así como de polvos de talcos y similares por parte del personal de enfermería, se pudo comprobar según las observaciones realizadas que el 80% del personal de esta área tiene en cuenta este aspecto para la salud del pacientes, mientras que el 20% del total de ellos no tienen en cuenta este aspecto, las principales causas relacionadas con esta limitación se supone que estén relacionadas con incumplimientos de este personal de las normas que se conocen sobre el cuidado y tratamiento especializado que requiere este tipo de pacientes.

Tabla 9

*Mantiene la piel seca, con especial cuidado en los pliegues cutáneos.*

	#	%
<b>Si</b>	<b>3</b>	<b>30,00</b>
<b>No</b>	<b>7</b>	<b>70,00</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,00</b>

Tomado de guía de observación.



*Figura 8.* Mantiene la piel seca, con especial cuidado en los pliegues cutáneos. Tomado de guía de observación.

### **Interpretación:**

En un análisis de si se cumple o no con mantener la piel seca de los pacientes, con especial cuidado en los pliegues cutáneos. Se puede considerar de acuerdo a lo observado que solo el 30% de la totalidad del personal de enfermería cumple con este aspecto, lo que puede comprobar que más de la mitad del personal de enfermería incumple con este paso, o sea el 70% del total, lo cual evidencia que no es una práctica sostenida por gran parte de estos profesionales de la salud. Las principales causas que sostienen este aspecto están relacionadas con descuidados y falta de atención del personal de enfermería sobre aspectos supuestamente irrelevantes que vulneran el estado de salud de dichos pacientes.

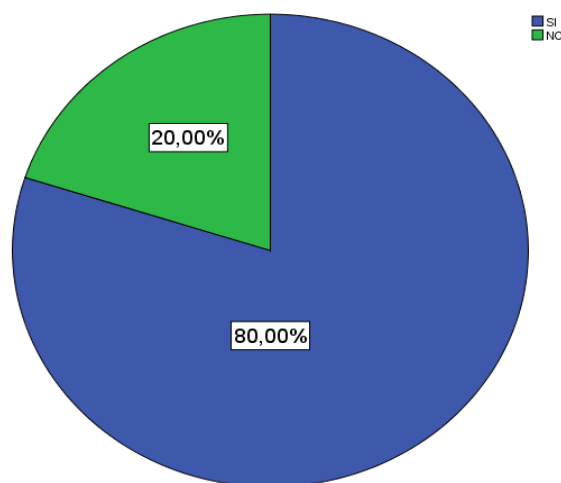


Tabla 10

*Hidrata la piel con cremas específicas teniendo en cuenta zonas de apoyo.*

	#	%
<b>Si</b>	<b>8</b>	<b>80,00</b>
<b>No</b>	<b>2</b>	<b>20,00</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,00</b>

Tomado de guía de observación.



*Figura 9.* Hidrata la piel con cremas específicas teniendo en cuenta zonas de apoyo. Tomado de guía de observación.

### **Interpretación:**

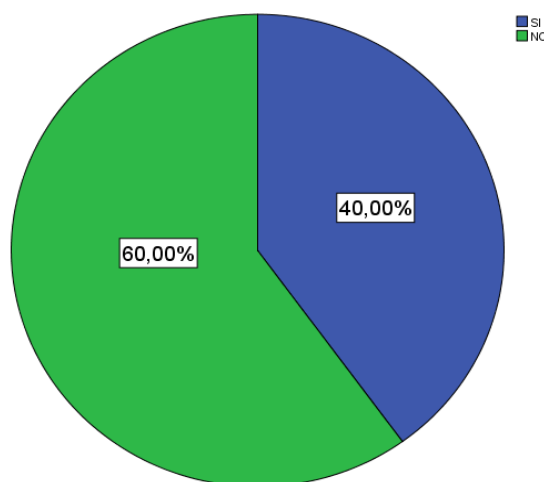
De acuerdo con la realización del hidratado de la piel del paciente con cremas específicas teniendo en cuenta zonas de apoyo, la gran mayoría del personal que labora en el área de enfermería cumple con esta función, un 80% de la totalidad que se desempeña en cuidados de enfermería, mientras que el 20%, no cumple con este aspecto esencial, las principales causas están relacionadas con insuficiente conciencia de la importancia de estos aspectos para conservar el estado favorable en cada paciente.

Tabla 11

*Aplica masaje con mucha suavidad las zonas de riesgo, utilizando ácidos grasos hiperoxigenados.*

	#	%
<b>Si</b>	<b>4</b>	<b>40,00</b>
<b>No</b>	<b>6</b>	<b>60,00</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,00</b>

Tomado de guía de observación.



*Figura 10. Aplica masaje con mucha suavidad las zonas de riesgo, utilizando ácidos grasos hiperoxigenados. Tomado de guía de observación.*

### **Interpretación:**

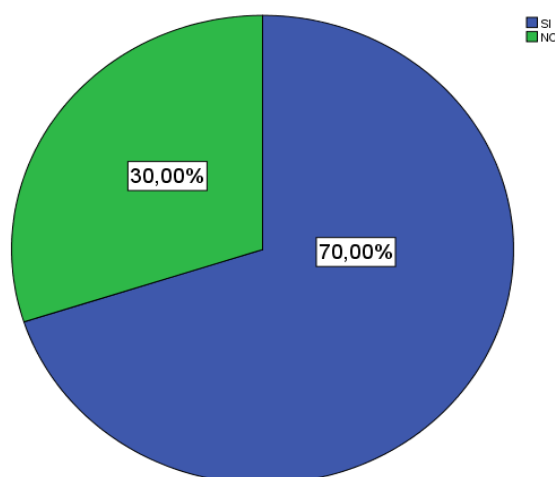
Teniendo en cuenta el aspecto de aplicación de masajes con mucha suavidad en las zonas de riesgo, utilizando ácidos grasos hiperoxigenados, se pudo observar que dicha habilidad solo es desarrollada el 40% del personal de enfermería de la totalidad que trabaja en el área, por el contrario, el 60% restante de la totalidad no desarrollan este aspecto, lo cual evidencia que las causales pueden estar relacionadas con insuficientes habilidades de desarrollo de estas acciones, así como falta de supervisión de otros profesionales.

Tabla 12

*Realiza cambios posturales cada 2 horas y cada cuatro horas cuando la enfermedad avanza a últimos días.*

	#	%
<b>Si</b>	<b>7</b>	<b>70,00</b>
<b>No</b>	<b>3</b>	<b>30,00</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,00</b>

Tomado de guía de observación.



*Figura 11. Realiza cambios posturales cada 2 horas y cada cuatro horas cuando la enfermedad avanza a últimos días. Tomado de guía de observación.*

### **Interpretación:**

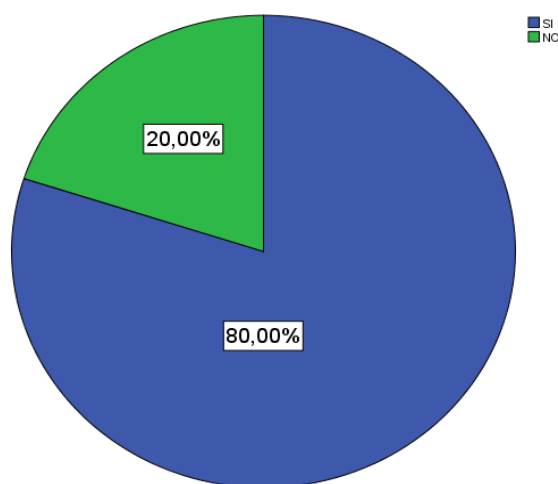
De acuerdo a lo visualizado de la realización de cambios posturales cada 2 horas y cada cuatro horas cuando la enfermedad avanza a últimos días en el paciente se pudo conocer que 7 profesionales del área de enfermería cumplen con este paso esencial en el cuidado de los pacientes, ellos representan un 70%, mientras que la minoría, o sea 3 de ellos que simbolizan un 30% no desarrollan esta acción, lo cual pone en evidencia manifestaciones de desatención al paciente y a los tiempos que pueden resultar caóticos para el mismos por adoptar por periodos prolongados las mismas posturas.

Tabla 13

*Coloca superficies como almohadillas o geles en las zonas de prominencias óseas.*

	#	%
<b>Si</b>	<b>8</b>	<b>80,00</b>
<b>No</b>	<b>2</b>	<b>20,00</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,00</b>

Tomado de guía de observación.



*Figura 12.* Coloca superficies como almohadillas o geles en las zonas de prominencias óseas.  
Tomado de guía de observación

### **Interpretación:**

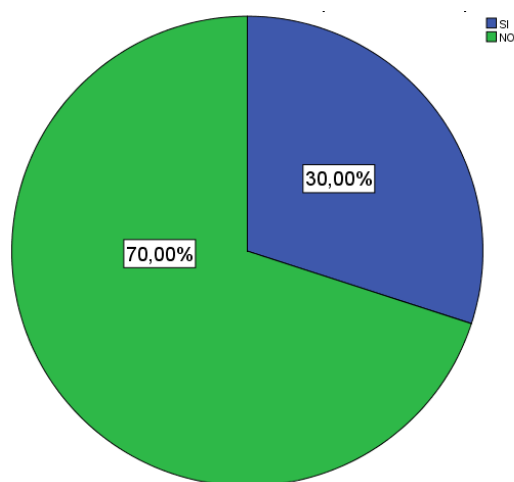
De acuerdo con la colocación de superficies como almohadillas o geles en las zonas de prominencias óseas se puede evidenciar según las observaciones realizadas que el 80% de los profesionales de enfermería desarrollan esta labor como mecanismos de amortiguar el roce de los tejidos duros y los blandos de los pacientes, no obstante el 20% del personal de atención, no tiene en cuenta esta alternativa, en tanto estas opciones pasan desapercibidas y a su vez ocasionan molestias y debilitamiento en los tejidos blandos del paciente.

Tabla 14

*Evita la fricción de la piel al movilizar al paciente.*

	#	%
<b>Si</b>	<b>3</b>	<b>30,00</b>
<b>No</b>	<b>7</b>	<b>70,00</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,00</b>

Tomado de guía de observación.



*Figura 13.* Evita la fricción de la piel al movilizar al paciente. Tomado de guía de observación.

### **Interpretación:**

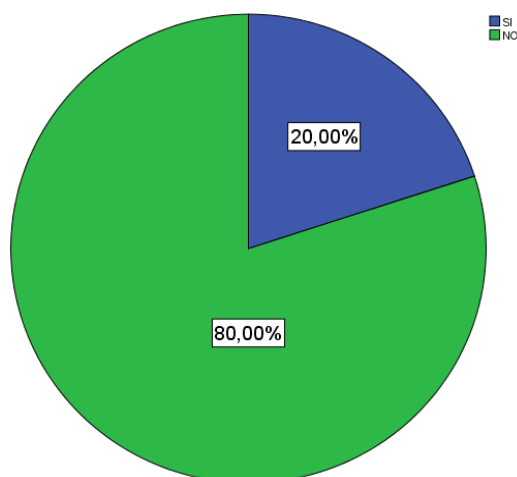
Teniendo en cuenta las habilidades que debe crear el personal de enfermería para evitar la fricción de la piel al movilizar al paciente se pudo visualizar que la gran minoría del personal de enfermería es la que desarrolla esta acción, o sea el 30%, en tanto que el 70% no desarrolla esta habilidad por lo cual ponen en riesgo el estado del paciente, estas actuaciones pueden estar relacionadas con actos de inconsciencia en el manejo del paciente y sus cuidados.

Tabla 15

*Controla su estado nutricional e hidratación.*

	#	%
<b>Si</b>	<b>2</b>	<b>20,00</b>
<b>No</b>	<b>8</b>	<b>80,00</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,00</b>

Tomado de guía de observación.



*Figura 14. Controla su estado nutricional e hidratación. Tomado de guía de observación.*

### **Interpretación:**

En relación al control que se debe ejercer sobre el estado nutricional e hidratación del paciente por parte del personal de enfermería, se pudo apreciar que solo 2 profesionales del área atienden este aspecto de la salud del paciente, los cuales representan un 20% del total, mientras que el 80% de ellos dieron muestra de su desatención a estos aspectos de la salud del paciente, dichas insuficiencias en la atención están relacionadas con limitaciones en las exigencias de superiores y escasos conocimientos de las dietas más adecuadas para este tipo de pacientes.

### 3.10. Discusión de resultados

De acuerdo con el análisis realizado de la observación llevada a cabo de los roles del personal de enfermería para evaluar el manejo de cuidados de la piel en pacientes paliativos en el Hospice San Camilo.

De acuerdo con las unidades de análisis observadas pudo corroborarse que las acciones mayormente desarrolladas en el manejo de estos pacientes estuvieron relacionadas con la realización del aseo diario y/o cada vez que fuera necesario por incontinencia o humedad del paciente, el evitar el uso de alcoholes o colonias, así como de polvos de tal o similares, la hidratación de la piel con cremas específicas teniendo en cuenta zonas de apoyo y la colocación de superficies como almohadillas o geles en las zonas de prominencias óseas. De acuerdo con estos aspectos en la investigación: Plan de actuación de Enfermería sobre úlceras por presión de la autora Olena Yesimantovska se alude que las medidas previamente referidas constituyen directrices medulares de la higienización que debe existir de una manera constante en las áreas afectadas del paciente, de modo que la constancia sobre estos aspectos delimita las garantías de salud que el paciente requiere. (Yesimantovska, 2014, pág. 9). Las anteriores precisiones realizadas se relacionan con los aspectos abordados en el antecedente investigativo “Úlceras por presión en el enfermo crítico: detección de factores de riesgo” en el que se manifiestan la atención antecedida de los mecanismos causales de las lesiones, en los que la presión, la humedad y la utilización de dispositivos constituyen aspectos de gran importancia para prevenir complicaciones colaterales para mantener un estado higiénico de la piel y sus componentes esenciales de salud.

Dichas acciones fueron las de mayor atención por parte del personal de enfermería, de modo que un casi la totalidad de ellos cumplimentaron con estas especificidades. Posteriormente a estas medidas cumplimentadas se resaltó que otras medidas cumplidas en un más de la mitad del personal de enfermería estuvieron relacionadas con el mantenimiento de sabanas limpias y estiradas, así como los cambios posturales cada 2 horas y cada cuatro horas cuando la enfermedad avanza a últimos días. De acuerdo a los cambios posturales la autora Josefina Martínez Angulo distingue que la periodicidad en

los cambios posturales resulta un aspecto que en primer lugar previene los períodos prolongados como catalizadores de estas lesiones en la piel, en segundo lugar, favorece la comodidad del paciente y en último lugar resulta un rasgo de prevención de la sensibilidad del tejido epidérmico. (Martínez, 2014, pág. 18). Realizando un análisis de los aspectos anteriormente referidos, se establece una convergencia entre dichos planteamientos y algunas pntecisoinjes expresadas en el artículo: “Úlceras por presión en el enfermo crítico: detección de factores de riesgo”, en el que se evidencian diversos factores de riesgos y mecanismos que intervienen en el cuidado de los pacientes. Dicho artículo enfatiza el manejo evaluativo de un protocolo para la prevención de úlceras por presión en pacientes que requieren cuidados intensivos. De esta forma se puede ofrecer un tratamiento oportuno a la incidencia de úlceras por presión tras la aplicación de un protocolo de prevención de riesgos.

Por el contrario, se constató que existen algunas medidas que son incumplidas por un número importante de profesionales de enfermería, lo cual evidencia un riesgo para los propios pacientes.

En este sentido, se aluden las de mantenimiento de la piel seca, con especial cuidado en los pliegues cutáneo y el evitar la fricción de la piel al movilizar al paciente. Dichas medidas son incumplidas en un mínimo por ciento de los profesionales del área. Por otra parte, un menos de la mitad de la totalidad de los profesionales del área que fueron observados en sus prácticas incumplieron en las medidas relacionadas con la revisión diaria de la piel del paciente a fin de detectar signos de UPP y la aplicación de masaje con mucha suavidad las zonas de riesgo, utilizando ácidos grasos hiperoxigenados. Dichos aspectos resultan esenciales en tanto requieren una atención sistemática y delicada para prevenir posibles complicaciones. De acuerdo con estos aspectos analizados la autora Enriqueta García Cebrián en un estudio titulado: Guía para el cuidado de las Úlceras alude que resulta esencial que la labor de cuidado del personal de enfermería sea inquisitiva teniendo en cuenta la sensibilidad del tejido en las diversas vulnerabilidades. Desde esa perspectiva se requiere un manejo delicado de las acciones que implican el contacto con el tejido epidérmico. (García, 2013, pág. 12). En relación al aspecto analizado se contrastan los



postulados del antecedente investigativo relacionado con la Incidencia de las úlceras por presión tras la implementación de un protocolo de prevención, en el que se alude que la manipulación correcta y manejo adecuado de los tejidos blandos afectados resulta una labor esencial en el manejo de las lesiones toda vez que son tejidos sensibles que requieren el máximo cuidado y el tratamiento con agentes determinados de acuerdo con la complejidad de cada caso.

Por otro lado, el indicador mayormente incumplido en los cuidados paliativos está relacionado con el control del estado nutricional e hidratación de los pacientes es una medida obviada por casi la totalidad del personal del área de enfermería, lo cual evidencia insuficientes acciones de concientización de la importancia que requiere cumplimentar el protocolo de atenciones para garantizar la estabilidad e integridad de la salud de los pacientes.

De manera general se incumple un casi la mitad de las medidas paliativas que requieren cuidados de la piel de pacientes atendidos. Ello demuestra que se requiere mayor control en las habilidades y responsabilidades del personal de enfermería, así como mecanismos prácticos de aplicabilidad y mayores oportunidades de capacitación en el área que permita concientizar la situación de los pacientes y su importancia recuperativa.

De acuerdo con el estado normal de hidratación de los pacientes se puede considerar en el estudio que constituye una práctica limitada en el manejo de los cuidados de la piel, en tanto la gran mayoría del personal de enfermería incumple las acciones que permiten brindar la asistencia correcta a los pacientes. Ello está relacionado también con la atención que debe prestarse a la dieta que este tipo de pacientes debe mantener para evitar complicaciones. De acuerdo con ello, la autora Aller de la Fuente (2012) expresa que la apropiada alimentación equilibrada de este tipo de pacientes procura direccionarse a un mayor consumo de alimentos naturales ricos en vitaminas y minerales para proporcionar una adecuada hidratación del tejido y que de ese modo evitar que se reseque la piel. (Aller de la Fuente, 2012, pág. 708). Los preceptos anteriormente analizados permiten contrastar la información analizada con el artículo: Gestión de la calidad sobre prevención de errores, en úlceras por presión y caídas, de la Universidad Técnica del Norte, Ibarra, 2015, en la cual se ponderan las acciones de gestión y prevención en salud como

directriz en una atención especializada que valore el estado real de los paciente y realice el manejo adecuado que requiere cada caso para prevenir complicaciones.

### **3.11. Conclusiones**

- Se categorizaron las principales alteraciones que se producen en la piel por la falta de cuidado, entre ellas lesiones, tejidos necrotizados, sensibilidad del tejido epidérmico, manifestaciones de eritemas, sepsis, infecciones.
- Se determinaron las principales medidas que debe realizar por parte del personal de enfermería, relacionadas con la revisión diaria de la piel, medidas de confort, condiciones higiénicas apropiadas, hidratación, masajes, cambios posturales control su estado nutricional entre otros aspectos.
- Se evaluó el manejo de cuidados de la piel para cada caso específico encontrado.
- Se propuso un plan de intervención sobre el manejo de úlceras por presión, en pacientes con cuidados paliativos por parte del personal de enfermería para el tratamiento especializado de los pacientes en los diversos escenarios donde recibe atención asistencial.

### 3.12. Recomendaciones

- Realizar una selección de historias clínicas en las que se puedan registrar principales alteraciones que se producen en la piel por la falta de cuidado a fin de que el documento constituya un material de consulta tanto para el personal de enfermería en el área que requieren perfeccionar sus conocimientos tanto teóricos como prácticos.
- Instituir mecanismos de inspección o evaluación del personal de enfermería con una frecuencia de cada cambio de posición, de manera que pueda estimarse una valoración de los conocimientos teórico-prácticos de los profesionales del área, así como las habilidades para laborar en el área que se desempeña.
- Crear materiales complementarios para el estudio del manejo, prevención y cuidado de la piel en pacientes paliativos que permita regular y reglamentar a nivel institucional las normas que deben cumplimentarse para un tratamiento y asistencia adecuada de este tipo de pacientes.
- Programar alternativas de capacitación, actualización e intercambio de experiencias del personal de enfermería de la institución con otros profesionales de otros centros de modo que puedan promover técnicas, prácticas y habilidades que apuesten por una labor asistencial de mayor calidad y compromiso con la salud y recuperación del paciente.

## CAPÍTULO IV

### PROPUESTA

#### 4.1. Plan de Intervención

Tabla 16

*Plan de intervención*

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de los Resultados NOC			
<b>Dominio:</b> 11 Seguridad/protección  <b>Clase:</b> 2 Lesión física	<b>Resultados</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Clasificación de las Intervenciones NIC</b>	<b>Fundamento Científico</b>
<b>Dg:</b> Deterioro de la integridad cutánea.  <b>Código:</b> (00047)  <b>Características definitorias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alteración de la integridad de la piel.</li> </ul>	<b>Dominio:</b> II Salud Fisiológica  <b>Clase:</b> L Integridad Tisular piel y membrana mucosas.  <b>Código:</b> 1101  <b>Resultado:</b>	Es un diagnóstico de prevención.	<b>Campo:</b> Fisiológico básico  <b>Clase:</b> C control de inmovilidad  Clase: cuidados de las úlceras de presión  <b>Código:</b> 3520	

<p><b>Factores relacionados:</b></p> <p><b>Externos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agentes farmacológicos</li> <li>- Edades extremas</li> <li>- Factores mecánicos</li> <li>- Hidratación</li> <li>- Humedad</li> </ul> <p><b>Internos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración de la turgencia de la piel.</li> <li>- Alteración del metabolismo.</li> <li>- Alteración del volumen de líquidos.</li> <li>- Inmunodeficiencia</li> <li>- Nutrición inadecuada</li> <li>- Presión sobre prominencia ósea.</li> </ul>	<p><b>Escala de Medición</b> <b>Escala de valoración de Braden</b></p>		<p>1. Describir las características de la úlcera a intervalos regulares (tamaño, longitud, anchura y profundidad, estadio), posición, exudado, granulación, tejido necrótico y epitelización.</p> <p>2. Controlar temperatura, color, edema, humedad y aspecto de la piel circundante.</p>	<p>1. El tamaño, longitud, anchura y profundidad, estadio, son primordiales en la valoración de la úlcera por presión para determinar el tratamiento que se debe llevar a cabo.</p> <p>2. El Enrojecimiento es un signo de peligro, palidecerá cuando se presiona, el área oscura, cianótica, gris azulosa (que no palidece a la presión): muestra oclusión capilar y debilitamiento subcutáneo; la</p>
---	--	--	--	---

			<p>3. Aplicar calor húmedo para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona.</p> <p>4. Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.</p> <p>5. Desbridar la úlcera, si es necesario.</p>	<p>temperatura de la piel aumenta a causa de la vasodilatación.</p> <p>3. Reducir la inflamación y alivia el dolor, favorece el proceso de supuración.</p> <p>4. Lavar la piel con agua tibia, jabón con un pH neutro y realizar un secado meticuloso sin fricción.</p> <p>5. Desbride el tejido desvitalizado en el lecho de la herida o el borde de las úlceras por presión cuando sea apropiado</p>
--	--	--	---	--

			<p>según el estado general de la persona.</p> <p><b>6.</b> Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera.</p> <p><b>7.</b> Aplicar pomadas.</p> <p><b>8.</b> Observa signos y síntomas de infección de la úlcera.</p>	<p><b>6.</b> Utilice apósitos hidrocoloides en ulcerosa por presión limpias de estadio II en las zonas del cuerpo en que no vayan a enrollarse o ablandarse.</p> <p><b>7.</b> Proporcionan un gradiente óptimo de humedad y absorción favoreciendo así el proceso de cicatrización.</p> <p><b>8.</b> Al principio hay eritema de la piel afectada. Esto significa que la piel presenta</p>
--	--	--	---	--

			<p>9. Asegurar una ingesta dietética adecuada.</p> <p>10. Verificar la ingesta adecuada de calorías y proteínas de alta calidad.</p> <p><b>Etiqueta:</b> Cambios de posición</p> <p><b>Código:</b> 3590</p>	<p>enrojecimiento sobre el área afectada.</p> <p>9. Ésta debe centrarse en la evaluación de la ingesta energética.</p> <p>10. las necesidades calóricas están perfectamente satisfechas con una dieta saludable, dietas excesivamente restrictivas, pueden hacer que los alimentos tengan un sabor desagradable y poco atractivo, y por lo tanto reduce el consumo.</p>
--	--	--	---	---



			<p><b>11.</b> Proporcionar colchón firme.</p> <p><b>12.</b> Explicar al paciente que se le cambiará de posición.</p> <p><b>13.</b> Animar al paciente a participar en los cambios de posición.</p> <p><b>14.</b> Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.</p> <p><b>15.</b> Colocar en posición de alineación</p>	<p><b>11.</b> El colchón firme previene daño de la curvatura vertebral.</p> <p><b>12.</b> Dar aviso al paciente de lo que va a realizar, para que el paciente colabore.</p> <p><b>13.</b> El paciente debe recibir fuerza o energía para participar en los cambios de posición.</p> <p><b>14.</b> El oxígeno es necesario para el funcionamiento del cerebro como la recuperación de la piel.</p> <p><b>15.</b> Es la relación que guardan los</p>
--	--	--	---	--

			<p>corporal correcta.</p> <p><b>16.</b> Colocar apoyo en zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo escrotal).</p> <p><b>17.</b> Disminuir la fricción y fuerza de cizallamiento al cambiar de posición al paciente.</p> <p><b>18.</b> Girar al paciente al menos cada 2 horas.</p>	<p>segmentos del cuerpo entre sí (la cabeza, el cuello, el tronco, la pelvis).</p> <p><b>16.</b> Utilizar geles o almohadillas que sirvan de apoyo.</p> <p><b>17.</b> Se previene una isquemia que provoca degeneración de dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso.</p> <p><b>18.</b> Los cambios de posición de una persona se llevan a cabo para reducir la duración y</p>
--	--	--	---	---

			<p><b>19.</b> Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden).</p>	<p>magnitud de la presión sobre áreas vulnerables del cuerpo.</p> <p><b>19.</b> La escala de Braden evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente.</p>
--	--	--	--	---

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de los Resultados NOC			
	Resultados	Indicadores	Clasificación de las Intervenciones NIC Funciones de Enfermería Interdependientes	Fundamento Científico
<p><b>Dominio:</b> 11 Seguridad y protección</p> <p><b>Clase 2:</b> Lesión física.</p> <p><b>Dg:</b> Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.</p> <p><b>Código:</b> (00047)</p> <p><b>Factores relacionados:</b></p> <p><b>Externos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edades extremas.</li> <li>- Factores mecánicos</li> <li>- Hidratación</li> <li>- Humedad</li> <li>- Hipertermia</li> <li>- Hipotermia</li> </ul> <p><b>Internas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración del metabolismo.</li> <li>- Alteración de la turgencia de la piel</li> <li>- Deterioro de la circulación.</li> <li>- Inmunodeficiencia</li> <li>- Nutrición inadecuada</li> <li>- Presión sobre prominencia ósea</li> </ul>	<p><b>Dominio:</b> II Salud fisiológica básica.</p> <p><b>Clase:</b> L Integridad tisular</p> <p><b>Código:</b> 1101</p> <p>Resultado:</p> <p><b>Escala de Medición</b></p> <p>Escala de valoración para prevención de Norton</p>		<p><b>Campo:</b> Fisiológico complejo</p> <p><b>Clase:</b> L Control de la piel/heridas.</p> <p><b>Código:</b> 3540</p> <p>Prevención de úlceras por presión.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observar si hay zonas de presión y fricción, al ingresar el paciente y en cada cambio de posición.</li> <li>2. Baño diario</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describir los signos y síntomas de la posible aparición de una úlcera por presión.</li> <li>2. Lavar la piel con agua tibia, jabón con un pH neutro y realizar un secado</li> </ol>

			<p><b>3.</b> Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecida.</p> <p><b>4.</b> Asegurar una nutrición adecuada.</p>	<p>meticuloso sin fricción.</p> <p><b>3.</b> No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.</p> <p><b>4.</b> Un buen soporte nutricional especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos si es preciso, no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión sino que también puede evitar la aparición de éstas.</p>
--	--	--	--	--

			<p><b>5.</b> Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera.</p> <p><b>6.</b> Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.</p> <p><b>7.</b> Colocar el programa de cambios posturales junto a la cama.</p> <p><b>8.</b> Controlar la actividad y movilidad del paciente.</p>	<p><b>5.</b> Mantener la piel integra sin zonas de enrojecimiento en prominencias óseas.</p> <p><b>6.</b> Provoca maceración de la herida y su escasez implica tener una complicación y lenta mejoría.</p> <p><b>7.</b> Señala los cambios de posición, según corresponda la hora y posición indicada.</p> <p><b>8.</b> Los pacientes inmovilizados tienen un alto riesgo de presentar úlceras, debe</p>
--	--	--	---	--

			<p><b>9.</b> Ayudar al paciente a mantener un peso saludable.</p>	<p>cambiarse de posición a cada paciente inmovilizado cada 2 horas, o incluso con mayor frecuencia, dependiendo del estado de la piel. El grado de movilidad es un criterio importante para el pronóstico y el tratamiento.</p> <p><b>9.</b> Es aquel que tiene un buen estado nutricional e hídrico, entendido este como el volumen y tolerancia de la dieta. Tiene cubiertas las necesidades mínimas diarias</p>
--	--	--	---	--

			<p>10. Usar medidas de protección para evitar mayor deterioro (colchón antiescaras, almohadas, geles o siliconas de apoyo para evitar zonas de presión, uso continuo.)</p> <p>11. Evaluar la úlcera de presión mediante la escala</p>	<p>y no tiene deficiencias nutricionales.</p> <p>10. Estos son impermeables pero también absorben el exceso de agua, algunos de estos también pueden pulsar y oscilar de vez en cuando para redistribuir la presión, aquí el paciente flota sobre cuentas de cristal recubiertas de silicona entre las cuales se introduce aire, estas reduce la fricción y el cizallamiento.</p> <p>11. Valoración del riesgo de deterioro de la</p>
--	--	--	---	---



			<p>de Norton.</p> <p><b>12.</b>Aplicar la escala de Braden al ingreso, al día siguiente en pacientes de alto riesgo, a los 3 días en pacientes de mediano riesgo, a los 7 días en pacientes de bajo riesgo.</p>	<p>integridad cutánea y de la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión.</p> <p><b>12.</b>Escala de Braden: Valora los peligros de provocar la aparición de úlceras por presión teniendo en cuenta la sensibilidad y humedad del tejido epidérmico, el roce del cuerpo con prendas de tela, la estabilidad motora y alimentación del paciente.</p>
--	--	--	---	--

			<p><b>13.</b> Realizar cambios de posición cada dos horas.</p> <p><b>14.</b> Colocar cremas humectantes cada cambio de posición.</p> <p><b>15.</b> Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.</p> <p><b>16.</b> Observar si hay excesiva humedad de la piel en cada cambio de</p>	<p><b>13.</b> Elimina la presión, mejora la circulación alternando las áreas más expuestas a la presión.</p> <p><b>14.</b> Mantener humectada la piel en las zonas de presión, aplicar una ligera capa sin fricción en prominencias óseas.</p> <p><b>15.</b> Reducir la superficie de contacto, entre las prominencias óseas y la superficie de apoyo.</p> <p><b>16.</b> Reducir la superficie de contacto, entre las prominencias</p>
--	--	--	---	--

			<p>posición.</p> <p><b>17.</b>Vigilar el color y la temperatura de la piel.</p> <p><b>18.</b>Observar si la ropa queda ajustada.</p> <p><b>19.</b>Observar si hay infecciones,</p>	<p>óseas y la superficie de apoyo.</p> <p><b>17.</b>Valorar y tratar los diferentes procesos que pueden originar un exceso de humedad en la piel del paciente, como son incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas.</p> <p><b>18.</b>La ropa ajustada como tallas pequeñas o elásticos muy ajustados desarrollan UPP lo que impide la recuperación del paciente.</p> <p><b>19.</b>Disminuyen la resistencia de la</p>
--	--	--	--	---

			<p>especialmente en zonas edematosas.</p> <p><b>20.</b> Documentar los cambios en la piel.</p>	<p>piel; destruyen tejidos.</p> <p><b>20.</b> Tener un registro permanente de la evolución de las UPP, ayuda en el tratamiento a realizar y las medidas que se debe aplicar, según corresponda</p>
--	--	--	--	--

## REFERENCIAS

- Aller de la Fuente, R. (2012). *Nutrición artificial en el tratamiento de las úlceras por presión: Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Arcos, M., & Castro, V. (2016). *Cuidado integral del paciente en clínica de simulación. Aplicación de casos clínicos en Enfermería*. Quito: EDIMEC.
- Asamblea Nacional. (2008). *Código Orgánico Integral Penal*. Quito: Asamblea Nacional.
- Ayala, V. (2012). *CUIDADOS EN ULCERAS POR PRESIÓN*. Madrid: Editorial Tebar.
- Ballano, F., & Arroyo, A. (2015). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. España: Editex.
- Benito, C. (2012). Amplio papel de la enfermera en Oncogeriatría. En V. Henderson, *Amplio papel de la enfermera en Oncogeriatría* (pág. 11). España: Editorial Club Universitario.
- Browder, R. (2012). *Fisiopatología*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Buenaventura, J. (2014). *Cuidados auxiliares básicos de enfermería*. España: Editorial Vértice.
- Cedeño, V., & Molina, L. (2015). *APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO, AÑO 2015*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
- De la Torre, A. E. (2013). *Procedimientos y técnicas en el paciente crítico*. España: Elsevier España.
- Eckman, M. (2012). *Enfermería Geriátrica*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Ferrándiz, C. (2014). *Dermatología Clínica*. España: Elsevier.
- Fitzpatrick, T. B. (2013). *Dermatología En Medicina General*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

- García-Moya, R. (2014). *Características y necesidades de atención higiénico-sanitaria de las personas dependientes*. España: Ediciones Paraninfo.
- GNEAUPP XI. (10 de 09 de 2012). *Documento técnico GNEAUPP XI*. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n3/136helcos.pdf>: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n3/136helcos.pdf>
- GNEAUPP XI. (10 de 09 de 2015). *Documento técnico GNEAUPP XI*. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n3/136helcos.pdf>: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n3/136helcos.pdf>
- Iglesias, M. L. (2014). *Evolución de los cuidados paliativos y labor de enfermería en pacientes terminales*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Leturia, F. J. (2013). *Valoración de las Personas Mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir*. España: Cáritas Española.
- López, F. J., & Expósito, A. (2016). *Gestión Administrativa de cuidados*. Madrid: Asociación Cultural y Científica Iberoamericana.
- López, F. J., & Expósito, A. (2016). *Prevención y profesionales*. Argentina: ACCI (Asociación Cultural y Científica Iberoamericana).
- Lucena, A., Rivero, M. E., & Bottura, A. (2013). Intervenciones de enfermería utilizadas en la práctica clínica de una unidad de terapia intensiva. *Latino-Am. Enfermagem*, 18-29.
- Martínez, J. (2008). *Guía para la prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las úlceras por presión*. La Rioja: Gobierno de la Rioja.
- Martínez, J. (2014). *Prevención y tratamiento de úlceras y escaras*. España: Elsevier.
- Martínez, J. F. (2008). *Prevención y tratamiento de úlceras y escaras*. España: Editorial Vértice.
- Martínez, J. F. (2014). *Prevención y tratamiento de úlceras y escaras*. España: Editorial Vértice.

- Martínez, M., Monleón, M., Carretero, Y., & García-Baquero, M. T. (2012). *Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida*. España: Elsevier.
- Oruezábal, M. J. (2014). *Cuidados Paliativos Del Paciente Oncológico*. Madrid: Editorial Visión Libros.
- Palomino, M. (2012). Fisiología del la piel. *Revista Peruana de Dermatología*, 13-34.
- Prado, L., Gonzáles, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Scielo*, 6-36.
- Queral, M. (18 de 10 de 2014). *Tratamiento de las úlceras por presión*. Obtenido de <https://www.salud.mapfre.es/https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/tratamiento-de-las-ulceras-por-presion>
- Raftery, A., Lim, E., & Östör, A. (2012). *Diagnóstico diferencial*. España: Elsevier .
- Salud Madrid. (2014). *Protocolos de cuidados de las úlceras por presión*. Madrid: Salud Madrid.
- Secretaría de Salud Pública. (2014). *Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos*. Chile: Secretaría de Salud Pública.
- Yesimantovska, O. (2014). *Plan de actuación de Enfermería sobre úlceras por presión*. Navarra: Universidad Pública de Navarra.
- Yesimantovska, O. (2014). *Plan de actuación de Enfermería sobre úlceras por presión*. Navarra: Universidad Pública de Navarra.

## **ANEXOS**



## Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

### Consentimiento informado

**Título del Proyecto: “Rol del personal de Enfermería en la prevención de UPP en pacientes paliativos en el Hospice San Camilo durante el segundo trimestre del 2017”**

**Investigador principal:** María José Yépez

**Lugar de Investigación:** Hospice San Camilo

**PARTE I:** Información

#### **Introducción**

La información que se le brinda en este material, forma parte de los aspectos que usted debe conocer para participar en la investigación que aparece titulada anteriormente. Si usted decide dar su aprobación, será sometido a una observación, con fines netamente investigativos, la cual se llevará a cabo para valorar el manejo de cuidados de la piel en pacientes paliativos, por parte del personal de enfermería en el Hospice San Camilo de la ciudad de Quito.

#### **Propósito**

El propósito de éste estudio es determinar el rol del personal de enfermería en la prevención y cuidado de la piel en Cuidados Paliativos en el Hospice San Camilo.

#### **Procedimientos y Protocolo**

Si reúne las condiciones y acepta participar en este proyecto, estará sometida/o a los siguientes procedimientos:

1. Le solicitaremos firmar el consentimiento informado como aprobación para que permita al investigador observar su trabajo, con duración máxima de un turno de su jornada laboral.
2. Observaremos su trabajo para valorar el manejo de cuidados de la piel en pacientes paliativos.
3. Comunicaremos los resultados obtenidos en la observación, de manera individual como retroalimentación a los cuidados de la piel que se deben brindar en pacientes paliativos.
4. Comunicaremos los resultados generales obtenidos en la investigación.

### **Selección de participantes**

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación, por ser parte del personal de enfermería que labora en el Hospice San Camilo.

### **Participación Voluntaria**

Su participación en este estudio es voluntaria. La no incorporación no implica ningún perjuicio para usted como trabajador/a. Al aceptar incorporarse al proyecto usted está aportando con parte de su tiempo a la investigación.

### **Riesgos**

Ésta investigación no representa ningún tipo de riesgo en ninguna área ni física ni psicológico y mucho menos laboral.

### **Molestias**

Por la observación que se realizará no tendrá ningún tipo de molestias.

### **Duración**

La investigación se realizará durante el segundo semestre del 2017, pero usted solamente será observada/o como máximo durante una jornada laboral.

### **Beneficios**

Los beneficios que se obtendrán de ésta investigación podrán ser aplicables en el Hospice San Camilo y constituye una herramienta de mejora y capacitación para usted como parte del personal de enfermería. Por otra parte, los pacientes serán igualmente beneficiados al recibir todos los cuidados de la piel.

### **Incentivos**

Los resultados de esta investigación constituyen un incentivo para su superación profesional. Ésta investigación no será remunerada en ningún momento.

**Confidencialidad**

La información emanada de las observaciones, así como los resultados de la investigación, será de tipo anónima, voluntaria, confidencial, con fines netamente investigativos.

**Derecho a negarse o retirarse**

Si decide incorporarse al proyecto, puede retirarse en el momento que lo desee informando al investigador responsable con la respectiva carta que indique su salida de la investigación.

**A quién contactar**

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado la investigación. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a la siguiente persona: María José Yépez

**Celular:** 0982231487      **Domicilio:** 2591189      **e-mail:** mjyepes@udlanet.ec

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación y todo esta aclarado, puede, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

## Carta de consentimiento informado

### PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiente y voluntariamente decido participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mis derechos.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Guía de observación



### **ROL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES PALIATIVOS EN EL HOSPICE SAN CAMILO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2017**

#### **GUÍA DE OBSERVACIÓN**

**OBJETIVO:** Evaluar el manejo de cuidados de la piel en pacientes paliativos, por parte del personal de enfermería en el Hospice San Camilo de la ciudad de Quito.

**INSTRUCCIONES:** Esta Guía de Observación no pretende evaluar el desempeño laboral del personal de enfermería, sino que la información que se obtenga de ella serán utilizada exclusivamente para fines de la investigación, de ninguna manera interfieren o repercuten en la evaluación del trabajador. Los datos obtenidos son confidenciales y anónimos.

Lea detenidamente cada paso de la técnica y marque con una X sólo una de las opciones que aparecen: Realiza y No realiza.

En la columna observaciones, se registrará cualquier aspecto que el observador considere necesario para enriquecer los elementos en que se fundamenta la evaluación.

Se pide al observador objetividad en la evaluación.



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**LISTA DE CHEQUEO**



<b>CUIDADOS DE LA PIEL</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Revisa diariamente la piel del paciente a fin de detectar signos de UPP (úlceras por presión).		
Realiza un mantenimiento de sabanas limpias y estiradas.		
Realiza el aseo diario y/o cada vez que es necesario por incontinencia o humedad del paciente.		
Evita el uso de alcoholes o colonias, así como de polvos de tal o similares.		
Mantiene la piel seca, con especial cuidado en los pliegues cutáneos.		
Hidrata la piel con cremas específicas teniendo en cuenta zonas de apoyo.		
Aplica masaje con mucha suavidad las zonas de riesgo, utilizando ácidos grasos hiperoxigenados.		
Realiza cambios posturales cada 2 horas y cada cuatro horas cuando la enfermedad avanza a últimos días.		
Coloca superficies como almohadillas o geles en las zonas de prominencias óseas.		
Evita la fricción de la piel al movilizar al paciente.		
Controla su estado nutricional e hidratación.		
<b>TOTAL DE PUNTOS 11</b>		

<b>PUNTUACIÓN</b>							
<b>11</b>	0,2	<b>8</b>	0,7	<b>5</b>	0,3	<b>2</b>	0,7
<b>10</b>	0,3	<b>7</b>	0,4	<b>4</b>	0,8	<b>1</b>	0,4
<b>9</b>	0,8	<b>6</b>	0,8	<b>3</b>	0,8		

### Puntuación de la lista de Chequeos

<b>CUIDADOS DE LA PIEL</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Revisa diariamente la piel del paciente a fin de detectar signos de UPP (úlceras por presión).	4	6
Realiza un mantenimiento de sabanas limpias y estiradas.	7	3
Realiza el aseo diario y/o cada vez que es necesario por incontinencia o humedad del paciente.	8	2
Evita el uso de alcoholes o colonias, así como de polvos de tal o similares.	8	2
Mantiene la piel seca, con especial cuidado en los pliegues cutáneos.	3	7
Hidrata la piel con cremas específicas teniendo en cuenta zonas de apoyo.	8	2
Aplica masaje con mucha suavidad las zonas de riesgo, utilizando ácidos grasos hiperoxigenados.	4	6
Realiza cambios posturales cada 2 horas y cada cuatro horas cuando la enfermedad avanza a últimos días.	7	3
Coloca superficies como almohadillas o geles en las zonas de prominencias óseas.	8	2
Evita la fricción de la piel al movilizar al paciente.	3	7
Controla su estado nutricional e hidratación.	2	8

## Escala de NORTHON

	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS CARRERA DE ENFERMERÍA HOSPICE SAN CAMILO</p> <p style="text-align: center;">ESCALA DE VALORACIÓN DE NORTHON</p>	
---	--	---

<b>NOMBRE:</b>	<b>EDAD:</b>
<b>DIAGNOSTICO:</b>	<b>N° HISTORIA CLÍNICA</b>
<b>FECHA DE VALORACIÓN DE INGRESO:</b>	<b>PUNTAJE DE ESCALA DE NORTHON AL INGRESO:</b>

VALORACIÓN DE LA ESCALA DE NORTHON

<b>FECHA:</b>																				
	<b>INDICADORES</b>																			
<b>ESTADO GENERAL</b>	<b>BUENO</b>	<b>4</b>																		
	<b>DÉBIL</b>	<b>3</b>																		
	<b>MALO</b>	<b>2</b>																		
	<b>MUY MALO</b>	<b>1</b>																		
<b>ESTADO MENTAL</b>	<b>ALERTA</b>	<b>4</b>																		
	<b>APÁTICO</b>	<b>3</b>																		
	<b>CONFUSO</b>	<b>2</b>																		
	<b>ESTUPOROSO</b>	<b>1</b>																		
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>CAMINANDO</b>	<b>4</b>																		
	<b>CON AYUDA</b>	<b>3</b>																		
	<b>SENTADO</b>	<b>2</b>																		
	<b>EN CAMA</b>	<b>1</b>																		
<b>MOVILIDAD</b>	<b>TOTAL</b>	<b>4</b>																		
	<b>DISMINUIDA</b>	<b>3</b>																		
	<b>MUY LIMITADA</b>	<b>2</b>																		
	<b>INMÓVIL</b>	<b>1</b>																		
<b>INCONTINENCIA</b>	<b>NINGUNA</b>	<b>4</b>																		
	<b>OCASIONAL</b>	<b>3</b>																		
	<b>URINARIA O FECAL</b>	<b>2</b>																		
	<b>DOBLE INCONTINENCIA</b>	<b>1</b>																		
<b>PUNTAJE OBTENIDO</b>																				
<b>RESPONSABLE</b>																				

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE

<b>RIESGO MUY ALTO (SEMÁFORO ROJO)</b>	<b>5 - 12</b>
<b>RIESGO ALTO (SEMÁFORO NARANJA)</b>	<b>12 - 14</b>
<b>RIESGO MEDIANO (SEMÁFORO AZUL)</b>	<b>14 - 16</b>
<b>RIESGO BAJO (SEMÁFORO VERDE)</b>	<b>16 - 20</b>

Elaborado: María José Yépez/ Estudiante UDLA /2017



